

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE LONGITUDINALE DE FACTEURS ASSOCIÉS AUX SYMPTÔMES DE  
TROUBLES INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS À LA PRÉADOLESCENCE ET À  
L'ADOLESCENCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

VANESSA LECOMPTE

NOVEMBRE 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier plusieurs personnes qui ont contribué à la réalisation de cette thèse de doctorat. Tout d'abord, je désire remercier Ellen Moss pour son implication, sa confiance en moi et ses nombreux conseils tout au long de mon parcours. Elle a su me communiquer sa passion pour la recherche et me fournir les outils nécessaires pour poursuivre dans cette voie. Merci infiniment.

Je désire également remercier Chantal Cyr, qui à travers ses conseils judicieux et ses mots d'encouragements, m'a apporté une aide considérable dans la réalisation de mon premier article de thèse. Je tiens également à remercier Jean Bégin pour son aide précieuse, et pour avoir su rendre accessibles les notions statistiques les plus complexes. Je remercie mes collègues de laboratoire; Michèle, Megan, Katherine, Magda et j'en passe, pour leur enthousiasme et pour les bons moments que nous avons partagés durant ces cinq dernières années.

Je souhaite exprimer ma gratitude envers mes parents, Guylaine et Stéphane, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont donné la confiance nécessaire pour réaliser tous les projets qui me tiennent à cœur. Votre présence inconditionnelle et vos encouragements ont été très importants dans la réalisation de ce long projet. Je remercie également ma sœur Noémie, avec qui je partage une grande complicité, pour son soutien au fil des années. Je suis privilégiée de vous avoir comme parents et comme sœur.

Finalement, je désire remercier Jocelyn, pour son support au quotidien, son affection, son bon jugement, et pour avoir toujours su trouver les bons mots pour m'encourager dans les moments plus difficiles. Ta présence à mes côtés durant ces années fût inestimable et j'en serai toujours reconnaissante.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
RÉSUMÉ .....	vii
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	1
1.1 Introduction.....	2
1.2 Attachement .....	5
1.3 Attachement et problèmes de comportements .....	8
1.4 Attachement, facteurs individuels et problèmes de comportements .....	9
1.5 Attachement, facteurs familiaux, et problèmes de comportements .....	10
1.6 Objectifs.....	13
CHAPITRE II	
PRESCHOOL ATTACHMENT, SELF-ESTEEM AND THE DEVELOPMENT OF PREADOLESCENT ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS .....	14
Abstract.....	16
Introduction.....	17
Method .....	23
Results.....	27
Discussion .....	31
References.....	36
CHAPITRE III	
DISORGANIZED AND CONTROLLING PATTERNS OF ATTACHMENT, ROLE- REVERSAL AND CAREGIVING HELPLESSNESS: LINKS TO ADOLESCENTS' EXTERNALIZING PROBLEMS .....	49
Abstract.....	51
Introduction.....	52
Method .....	57
Results.....	61
Discussion .....	65



References.....	70
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	79
4.1 Résultats généraux .....	80
4.2 Revue des résultats de l'article 1.....	81
4.3 Revue des résultats de l'article 2.....	84
4.4 Limites de l'étude et recherches futures.....	88
4.5 Conclusion et implications cliniques des résultats.....	92
APPENDICE A	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT .....	95
APPENDICE B	
INSTRUMENTS.....	106
RÉFÉRENCES (Introduction et Conclusion Générale).....	132

## LISTE DES TABLEAUX

### CHAPITRE II (Article 1)

Tableau 1	Mean scores and standard deviations for outcome variables at preadolescence as a function of child attachment at preschool age.....	47
Tableau 2	Mediation models for predicting anxiety and depression at preadolescence.....	48

### CHAPITRE III (Article 2)

Tableau 1	Pearson correlations for study variables (N=136) .....	75
Tableau 2	Post-Hoc comparisons of adolescent and mother reports of externalizing problems, role structure and caregiving helplessness as a function of attachment at early school-age.....	76
Tableau 3	Post-Hoc comparisons of adolescent and mother reports of externalizing problems, role structure and caregiving helplessness as a function of disorganization subtypes at early school-age.....	77

## LISTE DES FIGURES

### CHAPITRE III (Article 2)

Figure 1	Path analysis model using unstandardized coefficients .....	78
----------	---	----

## RÉSUMÉ

Cette thèse de doctorat a pour but d'évaluer le lien longitudinal de l'attachement entre 3 et 5 ans et les problèmes de comportement à la préadolescence et à l'adolescence, en plus d'examiner les facteurs individuels et familiaux pouvant expliquer ces associations.

Le premier article examine l'association entre l'attachement à l'âge préscolaire et les symptômes d'anxiété et de dépression à la préadolescence, ainsi que le rôle médiateur de l'estime de soi. L'échantillon est composé de 68 dyades mère-enfant recrutées par le biais de garderies de la région de Montréal. L'attachement mère-enfant a été évalué à 3 ans à l'aide de la procédure de Séparation-Réunion adaptée pour les enfants d'âge préscolaire. À l'âge de 11 ans, les symptômes d'anxiété et de dépression ont été évalués à l'aide d'une mesure d'autoévaluation, le Dominique interactif. L'estime de soi a été évaluée à l'aide du Self-Perception Profile for Children (SPPC). Les résultats suggèrent que les préadolescents ayant un attachement désorganisé à l'âge préscolaire présentent davantage de symptômes d'anxiété et de dépression, ainsi qu'une estime de soi plus faible que les enfants ayant un attachement insécurisant-organisé. L'estime de soi est un médiateur partiel de l'association entre la désorganisation à l'âge préscolaire et la dépression à la préadolescence, mais le modèle n'a pas été supporté pour l'anxiété. Ces résultats soutiennent les hypothèses de l'étude en suggérant que l'attachement désorganisé à l'âge préscolaire pose possiblement un risque pour le développement ultérieur de symptômes d'anxiété et de dépression. De plus, ces mêmes enfants semblent plus à risque de développer une faible estime de soi, qui agit également comme médiateur partiel de l'association entre la désorganisation à l'âge préscolaire et la dépression à la préadolescence.

Le second article examine l'association entre l'attachement désorganisé en début d'âge scolaire et les problèmes extériorisés en début d'adolescence. L'un des objectifs est de déterminer l'influence des interactions mère-enfant caractérisées par le renversement de rôle ainsi que l'impuissance parentale dans l'association entre la désorganisation et les symptômes de troubles extériorisés. L'échantillon est constitué de 136 dyades mère-enfant recrutées par le biais de garderies francophones de la région de Montréal. À l'âge de 5 ans, l'attachement mère-enfant a été évalué à l'aide de la procédure de Séparation-Réunion adaptée pour les enfants en début d'âge scolaire, et les interactions mères-enfants ont été observées et codées à partir d'une période de collation. À 13 ans, les symptômes de troubles extériorisés ont été évalués par l'adolescent et la mère à l'aide du Youth Self-Report (YSR), et le sentiment d'impuissance maternelle a été évalué à l'aide du questionnaire Caregiving Helplessness répondu par la mère. Les résultats de cette deuxième étude suggèrent que les enfants ayant un attachement désorganisé en début d'âge scolaire semblent avoir des interactions avec leur mère caractérisées par le renversement de rôle, semblent présenter davantage de symptômes extériorisés auto-rapportés à l'adolescence que les autres enfants, et ont tendance à avoir des mères qui rapportent se sentir impuissantes face à leur enfant. De plus, des différences significatives ont été trouvées entre les différents sous-types de désorganisation et les variables à l'étude. Les enfants ayant un attachement contrôlant-punitif présentent le plus de risques comparativement aux enfants présentant de la désorganisation comportementale et ceux ayant un attachement contrôlant-attentionné en termes de symptômes extériorisés auto-rapportés et

d'impuissance maternelle. Les interactions mère-enfants caractérisées par le renversement de rôle ainsi que l'impuissance parentale se sont révélés être des médiateurs partiels de l'association entre l'attachement contrôlant-punitif à 5 ans et les symptômes extériorisés rapportés par l'adolescent à 13 ans.

Au plan théorique, cette thèse met en évidence les liens directs et indirects de l'attachement et les problèmes de comportements intériorisés et extériorisés. Sur le plan appliqué, ces résultats soutiennent l'importance d'intervenir tôt auprès des dyades parent-enfant afin de prévenir les difficultés d'adaptation ultérieures.

Mots-clés: attachement, étude longitudinale, problèmes de comportement, estime de soi, interactions mère-enfant.

CHAPITRE I  
INTRODUCTION GÉNÉRALE



## INTRODUCTION GÉNÉRALE

### 1.1 Introduction

Au plan sociétal, les problèmes de comportements chez les jeunes représentent une problématique qui entraîne des coûts publics élevés de par leurs conséquences néfastes. Les problèmes intériorisés et extériorisés sont une préoccupation réelle pour les autorités de la santé publique du Québec (Ayotte, Fournier, & Riberdy, 2009). Selon l'Enquête Québécoise sur la Santé de la Population de 2008 (EQSP), 26% des enfants présentent un niveau modéré ou sévère de problèmes de comportement. De plus, les enfants âgés de trois à cinq ans sont plus susceptibles de présenter ces difficultés que les enfants âgés de six à quatorze ans (40% et 21% respectivement). Un ensemble de facteurs psychologiques, génétiques et socio-économiques contribuent au développement des problèmes de comportement durant l'enfance et à l'adolescence (Dekovic, 1999). Il est généralement admis que, les troubles complexes comme les problèmes de comportements, se manifestent par l'interaction des gènes et de l'environnement (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2011). Des travaux récents ont documenté le rôle potentiel des gènes, particulièrement du récepteur dopaminergique DRD4 pour la susceptibilité différentielle à l'environnement. Par exemple, les enfants porteurs de l'allèle DRD4 *7-repeat* combiné à une mère peu sensible, présentent davantage de problèmes extériorisés que les enfants n'étant pas porteurs de cet allèle (peu importe le niveau de sensibilité maternelle). Les enfants porteurs de l'allèle DRD4 *7-repeat* combiné à une mère sensible présentent les niveaux de problèmes extériorisés les plus faibles (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2007). Il est connu aussi que des pratiques parentales inappropriées constituent un facteur de risque important pour le développement de problèmes futurs, particulièrement de type extériorisé (Tremblay, 2010). La faible supervision parentale, la discipline inconsistante ou encore les pratiques coercitives sont toutes généralement liées aux problèmes extériorisés futurs (Gryczkowski, Jordan, & Mercer, 2010). Le tempérament est également un facteur pouvant prédisposer l'enfant aux problèmes de comportement (Lemery, Essex, & Smider, 2002). Une humeur négative, une faible capacité d'adaptation, l'inattention

et une persévérance faible sont toutes des caractéristiques du tempérament étant souvent associées aux troubles intériorisés ou extériorisés (Capsi et al., 1995). En plus de ces facteurs qui favorisent leur apparition, de plus en plus d'études démontrent une stabilité considérable entre les problèmes de comportements présents à l'enfance et la psychopathologie à l'âge adulte (Hofstra, van der Ende, & Verhulst, 2002), d'où l'importance de bien comprendre l'étiologie de ces troubles. Les problèmes extériorisés, qui comprennent l'agressivité, la délinquance et l'opposition, attirent l'attention de par leur caractère dérangeant au sein du système scolaire et de la population générale. Ces difficultés extériorisées entraînent fréquemment d'autres problématiques, telles que les difficultés scolaires et les problèmes relationnels (Tremblay, 2004). Les problèmes intériorisés, qui comprennent l'anxiété, la dépression et l'isolement social, sont tout aussi importants, mais leur identification est plus difficile dû au caractère moins apparent de la problématique (Mesman & Koot, 2000). Pourtant, ces troubles peuvent aussi entraîner des difficultés scolaires, l'abus de substances et des pensées suicidaires (Hammen & Rudolph, 2003). Il est probable que les symptômes de détresse persistent ou prédisent des difficultés futures s'ils interfèrent négativement avec le fonctionnement quotidien et l'adaptation du jeune aux défis développementaux. Conséquemment, des programmes de prévention devraient être élaborés tôt dans le développement afin de prévenir l'apparition probable de ces problématiques durant l'enfance et à l'adolescence, qui est généralement une période développementale de plus grande vulnérabilité.

La préadolescence (10 à 12 ans) et le début de l'adolescence sont des périodes développementales importantes à l'intérieur desquelles plusieurs changements surviennent; tels que la puberté, les changements cognitifs et l'importance grandissante des relations avec les pairs (Ge, Conger, & Elder, 1996; Kerns, Klepac, & Cole, 1996). La puberté, qui est une transition normale de la vie, peut avoir un impact sur l'adaptation de l'individu dépendamment de l'âge où elle apparaît. Certaines jeunes filles chez qui la puberté survient tôt dans le développement deviennent plus vulnérables aux problèmes émotionnels et comportementaux (Ge, Conger, & Elder, 1996). Ces jeunes filles ne sont pas bien préparées à faire face aux attentes et aux normes sociales qui leurs sont imposées vu l'incongruence entre ces normes et leur maturité cognitive et émotionnelle réelle (Caspi et al., 1993). Dans certains cas, ces jeunes filles se trouvent donc plus vulnérables aux différents problèmes émotionnels et

comportementaux. La préadolescence est aussi une période marquée par de nombreux changements cognitifs. Une pensée abstraite permet maintenant de mieux comprendre différentes situations plus complexes. L'usage de la pensée opératoire amorcé durant l'enfance prend son envol en début d'adolescence et permet au jeune de raisonner de façon logique sur des concepts abstraits. Bien qu'il existe une grande variabilité individuelle, cette dernière période du développement cognitif émerge vers la préadolescence et se concrétise vers la fin de l'adolescence (Piaget, 1972). Au plan des relations avec les pairs, les jeunes passent généralement beaucoup plus de temps avec leurs pairs que durant l'enfance, et consacrent un peu moins de temps aux parents. Il n'en demeure pas moins qu'en cas de besoins, par exemple lors de situations stressantes pour l'enfant, celui-ci préfère généralement être avec le parent qu'avec les pairs (Kerns, Tomich, & Kim, 2006). Nombreux sont ceux qui, à tort, voient cette période du développement comme ponctuée de problèmes et de tumultes tant pour le jeune que pour le parent. Il est connu que la majorité des familles connaissent une augmentation des conflits mineurs, mais cette augmentation des conflits est très courante, et peut, dans certains cas seulement et combiné à d'autres facteurs de risque, nuire à la qualité de la relation parent-enfant (Dekovic, Noom, & Meeus, 1997). Donc, certains enfants navigueront aisément à travers ces changements qu'amène la préadolescence, alors que d'autres auront davantage de difficulté à gérer ces nouveaux stress et verront possiblement apparaître certaines problématiques, telles que les problèmes de comportements. Les enfants déjà plus vulnérables au développement de problèmes intériorisés et extériorisés pourront voir leurs difficultés s'accroître durant cette période de grands changements. Dans ce sens, il est important d'examiner les facteurs individuels et familiaux qui peuvent placer les enfants sur une trajectoire à risque pour le développement de problèmes de comportements afin de prévenir leur apparition. Cette détection précoce des facteurs de risque permet d'établir des programmes de prévention et d'intervention efficaces (Moss, Bureau, St-Laurent, & Tarabulsy, 2011).

Tel que mentionné plus haut, différents facteurs tels que la génétique, le tempérament, l'environnement socio-économique et la famille peuvent prédire, de façon individuelle ou en interaction, les problèmes intériorisés et extériorisés (Dekovic, 1999). À l'intérieur de la famille se retrouve l'attachement parent-enfant, qui constitue la variable indépendante ciblée dans ce projet. La théorie de l'attachement fournit un cadre théorique pertinent pour l'étude longitudinale des problèmes de comportement, et fournit des modèles explicatifs qui suggèrent

comment différents patrons d'attachement insécurisant durant l'enfance peuvent mener au développement de symptômes de troubles intériorisés et extériorisés plus tard dans le développement. C'est dans ce contexte que plusieurs études sont consacrées à l'attachement et aux problèmes de comportements. Or, bien que plusieurs études présentent un devis longitudinal, plusieurs autres utilisent un devis concomitant. Des études longitudinales sont essentielles pour mieux saisir les effets à long terme de différents styles d'attachement insécurisant sur les problèmes de comportements, et pour mieux cerner les facteurs pouvant potentiellement expliquer ces associations. Il est connu aussi que la qualité des interactions parent-enfant et la façon dont le parent encadre les comportements de l'enfant sont d'une grande importance pour son adaptation future (Dishion & McMahon, 1998). L'objectif de la première étude de cette thèse est d'examiner l'association longitudinale entre l'attachement à l'âge préscolaire et le développement de symptômes d'anxiété et de dépression à la préadolescence. Le rôle médiateur de l'estime de soi a ensuite été étudié. La deuxième étude a investigué l'association longitudinale entre l'attachement en début d'âge scolaire et les symptômes de troubles extériorisés en début d'adolescence, en examinant de plus près les trois groupes d'attachement désorganisé (désorganisation comportementale, contrôlant-punitif, contrôlant-attentionné). Le rôle médiateur du renversement de rôle et de l'impuissance maternelle a ensuite été examiné.

## 1.2 Attachement

L'attachement se définit comme un lien affectif durable que l'enfant forme avec une figure de soins (Ainsworth, 1989). Lorsque les enfants se sentent en sécurité dans leur relation avec la figure d'attachement, ils ont tendance à percevoir cette dernière comme disponible, sensible et réceptive à leurs besoins. Ces enfants utilisent la figure d'attachement comme base de sécurité pour explorer leur environnement, et comme un refuge dans les moments de détresse. Le donneur de soin aide donc l'enfant à réduire sa détresse dans les situations potentiellement stressantes et aide l'enfant à éventuellement réguler ses propres émotions (Bretherton, 1987). Cependant, l'enfant peut éprouver de la difficulté à acquérir les compétences nécessaires à la régulation des émotions dans le cas où les réponses du parent s'avèrent inconsistantes, rejetantes ou possiblement apeurantes. C'est à travers l'acceptation



que fait le parent des émotions de l'enfant et de son désir de les communiquer, surtout celles étant troublantes ou menaçantes, que le parent d'un enfant ayant un attachement sécurisant encourage la prise de conscience de l'enfant face à ses propres émotions et construit le développement de compétences dans la régulation des émotions (Thompson, 2008). Chez les enfants ayant un attachement insécurisant, le parent a souvent tendance à être plus méprisant, critique ou punitif face à l'expression des émotions de l'enfant (Thompson & Meyer, 2007). Ceci peut possiblement entraîner une diminution des capacités de l'enfant à contrôler ses inquiétudes et ainsi interférer avec son fonctionnement global (Cassidy, 1995). Le manque de sensibilité et de réceptivité de la part du donneur de soin constitue un facteur de risque connu pour développer un attachement insécurisant (Bowlby, 1982). Les enfants ayant un attachement insécurisant-organisé (évitant ou ambivalent) ont tendance à résoudre leur détresse à travers une stratégie organisée, soit de minimisation ou d'exagération des affects, qui n'est toutefois pas optimale (Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsky, & Dubois-Comtois, 2005). Quant à eux, les enfants ayant un attachement désorganisé ne présentent pas de stratégie cohérente et organisée pour faire face à la détresse en présence de la figure d'attachement, mais présentent plutôt des comportements contradictoires, «bizarres» ou incohérents en présence du parent, tels que mesurés lors de la Situation Étrange. Il est suggéré que le parent peut être perçu à la fois comme source de peur et comme source potentielle de réconfort. Pendant la période préscolaire et le début de la période scolaire, environ deux-tiers des enfants qui ont un patron désorganisé développent un patron d'attachement contrôlant, où l'enfant prend le contrôle de l'interaction en étant soit punitif ou attentionné envers le parent (Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004). Il est avancé que ces comportements ont pour fonction de contrôler le parent, qui est source de peurs, permettant ainsi à l'enfant de réguler ses propres états émotionnels et ses comportements (Solomon, George, & De Jong, 1995). Il est connu que les enfants ayant un attachement désorganisé vivent généralement dans des environnements qui sont peu optimaux pour l'enfant, c'est-à-dire à l'intérieur de familles ayant vécu plusieurs événements stressants liés à l'attachement, tels que l'hospitalisation ou le décès d'un parent et les difficultés conjugales (Cummings & Davies, 1994). Dans le cas où ces facteurs de risque demeurent relativement stables, il est connu que ces enfants continuent de présenter de tels comportements d'attachement au-delà de la période préscolaire (Moss et al., 2004). Des recherches additionnelles ont associé la désorganisation chez l'enfant avec la maltraitance, la

psychopathologie du parent et avec des interactions parent-enfant perturbées (Madigan et al., 2006, van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999), suggérant que l'incapacité de l'enfant à former des comportements d'attachement organisés pourrait possiblement, entre autre, être influencée par des caractéristiques parentales liées à des patrons de soins souvent imprévisibles et aversifs. En effet, dans plusieurs études examinant des enfants d'âge préscolaire et scolaire, les mères d'enfants ayant un attachement désorganisé présentaient des niveaux élevés de dépression, des relations conjugales dysfonctionnelles, du stress parental et des difficultés à gérer le rôle de parent (George & Solomon, 1996; Moss et al., 2004; Teti, Gelfand, Messinger, & Isabella, 1995). Compte tenu que les comportements parentaux et les patrons d'interactions des familles des enfants ayant un attachement désorganisé sont généralement perturbés, il n'est pas surprenant que ce patron d'attachement constitue un facteur de risque dans bon nombre de sphères développementales. Une vague de recherches récentes s'intéresse au lien entre les gènes et la désorganisation. Plus précisément, il est suggéré que des différences génétiques entre les enfants pourrait jouer un rôle dans le développement d'un attachement désorganisé, en rendant l'enfant plus vulnérable que d'autres à subir l'influence de son environnement à risque (van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2007). Ces mêmes auteurs ont d'ailleurs trouvé que les enfants désorganisés étaient différenciellement sensibles au trauma de la mère ou au deuil non-résolu, dépendamment de la présence de l'allèle *DRD4 7-repeat* ou non. En termes de conséquences d'un attachement désorganisé, plusieurs études utilisant à la fois des échantillons normatifs et à risque ont trouvé des associations entre la désorganisation et les problèmes extériorisés lorsque les classifications obtenues à l'âge préscolaire ou en début d'âge scolaire sont utilisées comme variables indépendantes (Lyons-Ruth, Easterbrooks, & Cibelli, 1997; Moss et al., 2004; NICHD Early Child Care Research Network, 2001). Des études ont également trouvé un niveau élevé de problèmes intériorisés pour ce groupe durant l'enfance et à l'adolescence (Carlson, 1998; Moss et al., 2004; Moss, Bureau et al., 2004). Des difficultés académiques et une faible estime de soi sont également associées au patron d'attachement désorganisé (Moss & St-Laurent, 2001).

Cependant, malgré les études mentionnées plus haut, beaucoup d'études dans la littérature ayant évalué les conséquences d'un attachement insécurisant n'ont pas inclus la classification de désorganisation, qui est pourtant associée à des difficultés ultérieures. Les articles de cette thèse se concentrent surtout sur cette classification d'attachement, et les sous-



types d'attachement désorganisé sont examinés dans le deuxième article. Les conséquences d'un attachement désorganisé, particulièrement d'un attachement contrôlant, sont encore méconnues au-delà de la période scolaire (Dubois-Comtois, Moss, Cyr, & Pascuzzo, 2013).

### 1.3 Attachement et problèmes de comportements

L'idée que les relations sociales affectent le développement de psychopathologies est fondamentale dans les théories du développement. La théorie de l'attachement fournit un cadre développemental critique pour comprendre de quelle façon les relations entre un donneur de soin et son enfant vont influencer les processus menant à l'émergence de la psychopathologie (DeKlyen & Greenberg, 2008). Plusieurs théoriciens ont proposé des modèles expliquant les différentes trajectoires développementales résultant des variations dans les patrons d'attachement précoces de l'enfant. Selon Bowlby (1973), les enfants ayant un attachement évitant apprennent que d'exprimer leur colère en réponse à un donneur de soins souvent peu sensible, qui rejette le plus souvent les manifestations émotionnelles de détresse de l'enfant, ou intrusif, aura pour effet de réduire sa disponibilité en situation de stress, et l'enfant apprendra donc à diriger sa colère plutôt vers l'environnement. Ceci peut ainsi possiblement engendrer des comportements hostiles et agressifs envers les autres en dehors de l'environnement familial. À l'opposé, un donneur de soin qui est inconsistant ou surprotecteur peut générer de l'anxiété et de l'hypervigilance chez l'enfant ambivalent, qui peut devenir préoccupé par le fait que ses besoins pourraient aussi ne pas être comblés dans d'autres situations. Les enfants ayant un attachement évitant et ambivalent pourraient être sujets aux difficultés intériorisées s'ils vivent des expériences de séparation ou de perte d'une figure d'attachement. Dans les deux cas, il semble y avoir un manque au niveau des discussions ouvertes avec le parent, et l'enfant ne peut probablement pas se fier à celui-ci pour l'aider à surmonter cette crise émotionnelle qu'est la séparation ou la perte d'une figure d'attachement. Finalement, certains auteurs se sont penchés sur l'attachement désorganisé en lien avec les problèmes de comportement. Les enfants ayant un attachement désorganisé peuvent être sujets au développement de problèmes de comportements, puisque ces enfants peuvent potentiellement se percevoir comme impuissants et vulnérables face aux situations stressantes et perçoivent possiblement leur donneur de soin comme incapable de les protéger (Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent, &

Saintonge, 1998). Il est avancé que les enfants ayant un attachement désorganisé, parmi lesquels certains ont déjà fait l'expérience d'une ou plusieurs situations traumatisantes, peuvent interpréter les difficultés comme accablantes et peuvent se sentir incapable d'y faire face (Bowlby, 1969). Ceci peut éventuellement, dans certains cas, mener aux troubles intériorisés et extériorisés (Fearon et al., 2010 ; Groh et al., 2012 ; Madigan et al., 2012). D'autres travaux sont toutefois nécessaires afin de mieux comprendre les trajectoires comportementales associées aux différentes formes d'attachement désorganisé (désorganisation comportementale et contrôlant) au-delà de la période scolaire. À ce jour, beaucoup d'informations théoriques et empiriques demeurent méconnues et mal comprises au sujet des conséquences développementales de ces différents patrons précoces de désorganisation.

#### 1.4 Attachement, facteurs individuels et problèmes de comportements

L'influence des facteurs individuels sur le développement de l'enfant est bien documentée. Parmi ces facteurs individuels se trouve l'estime de soi. Plus précisément, il s'agit de caractéristiques du soi qui sont consciemment reconnues par l'individu et qui servent à se décrire soi-même. Il s'agit d'une évaluation globale de sa valeur et de son mérite en tant que personne (Harter, 1999). L'estime de soi est considérée comme une caractéristique relativement durable qui possède des composantes motivationnelles et cognitives (Kernis, 2003). Ce concept est moins étudié chez l'enfant que chez l'adulte, puisque l'estime de soi se consolide surtout vers la fin de l'enfance, où les capacités cognitives sont assez développées pour considérer les réactions extérieures et les comparaisons sociales, et ainsi modifier ou ajuster son évaluation de soi (Robins & Trzesniewski, 2005). Plusieurs études démontrent clairement une association entre une faible estime de soi et la psychopathologie, mais l'étiologie de cette association n'est pas claire. Pourtant, ce concept est particulièrement d'intérêt lorsque vient de temps de mieux comprendre les causes de certaines difficultés d'adaptation. Il est connu qu'une bonne estime de soi contribue à maintenir un certain équilibre émotionnel devant l'échec, le rejet ou d'autres situations de vie difficiles. L'estime de soi permet également au jeune de réguler ses émotions de manière autonome, en lui procurant des façons efficaces de se rassurer, qui peuvent alléger la détresse, même en l'absence de la figure d'attachement (Mikulincer & Shaver, 2008). Autrement dit, une bonne estime de soi agit

comme facteur de protection lors de situations stressantes (Orth, Robins, & Meier, 2009). Dans ce sens, ce concept a une implication importante dans le développement de problèmes d'adaptation, puisqu'il est possible de penser qu'une faible estime de soi empêchera le jeune de surmonter certaines difficultés, ce qui pose alors un risque pour les problèmes de comportements, surtout de nature intériorisée. Bien que la majorité des études couvrent l'adolescence et l'âge adulte, ce sont surtout les problèmes intériorisés qui sont associés à une faible estime de soi, et ce aussi tôt qu'à la préadolescence (Lyons-Ruth, Alpern, & Repacholi, 1993). Il est suggéré qu'une faible estime de soi pourrait engendrer des problèmes d'ajustement à la suite de situations négatives ou potentiellement stressantes. Il est connu que les individus ayant une faible estime de soi possèdent généralement moins de ressources pour faire face adéquatement aux situations potentiellement stressantes que les individus ayant une estime de soi plus élevée. Autrement dit, une faible estime de soi augmente la vulnérabilité au stress, et peut éventuellement, dans certains cas, mener à la psychopathologie (Zeigler-Hill, 2011).

Une autre variable pouvant compléter le modèle explicatif du lien entre l'estime de soi et la psychopathologie est l'attachement. Il est proposé que lorsque les représentations de la figure d'attachement sont positives et reflètent un donneur de soins réceptif et sensible, l'enfant pourra développer un modèle interne de soi comme étant un individu compétent et méritant d'être aimé. À l'inverse, des représentations négatives de la figure de soins associées à un attachement insécurisant peuvent mener à des représentations de soi négatives (Bowlby, 1980). Chez les enfants ayant un attachement insécurisant, il a été démontré que le manque de communication au sujet des émotions et l'incapacité de l'enfant à utiliser le parent comme source de protection peut promouvoir un sentiment d'estime de soi faible et peut ainsi poser un risque pour l'anxiété et la dépression lors de situations potentiellement stressantes (Chorpita, Albano, & Barlow, 1998). Bien que l'attachement insécurisant ne mène pas nécessairement directement aux symptômes de psychopathologie, il peut tout de même représenter un facteur de risque important considérant son association avec les représentations de soi.

### 1.5 Attachement, facteurs familiaux, et problèmes de comportements

Il est connu que l'état d'esprit de la mère lié à l'attachement a beaucoup d'influence sur les comportements de l'enfant (George & Solomon, 2008). Plus particulièrement, il est

suggéré que le sentiment d'impuissance maternelle face aux comportements de son enfant s'avère, dans bien des cas, nuisible, puisqu'il affecte directement la façon dont la mère répondra aux besoins de l'enfant. Afin de bien définir ce qu'est l'impuissance maternelle, il est essentiel de retourner à la base fondamentale du développement du système de soins, qui veut que le parent transforme son propre besoin de se faire protéger en protection et soins offerts à l'enfant. Cette transformation nécessaire semble perturbée chez les parents d'enfants ayant un attachement désorganisé. Ces mères semblent plutôt, de façon générale, avoir renoncé psychologiquement à leur rôle de donneur de soins et, comme le suggèrent George et Solomon (2008), semblent lutter sans succès pour maintenir le contrôle et fournir la protection à l'enfant. Conséquemment, le parent a tendance à répondre aux besoins de l'enfant de manière souvent incohérente et inversée, ce qui affecte l'habileté du parent à assumer sa fonction de protection au sein de la relation parent-enfant (Solomon & George, 1996). Concrètement, ces mères semblent craintive, inhibées et paraissent parfois fragiles. Il a été démontré qu'elles sont rarement hostiles ou intrusives et prennent rarement l'initiative d'approcher l'enfant lorsque celui-ci a besoin de sa mère. Elles sont parfois même hésitantes et essaient de détourner l'attention de l'enfant avant de céder (Lyons-Ruth & Spielman, 2004). Certains auteurs ont suggéré des pistes explicatives pour mieux comprendre comment un donneur de soins peu développer ce sentiment d'impuissance face à l'enfant. Certains ont utilisé une approche intergénérationnelle, en suggérant que les expériences effrayantes de la mère durant son enfance influencent la façon dont elle perçoit et répond à l'enfant. La peur serait un concept central dans cette explication (Solomon & George, 2000). Cette impuissance se développe donc possiblement à partir d'une synthèse complexe des expériences passées et présentes (George & Solomon, 2008). Il est possible de penser aussi que ces mères puissent avoir été peu soutenues ou isolées, ce qui peut aussi contribuer au sentiment d'impuissance. Également, les interactions mère-enfant chez ces dyades sont souvent caractérisées par le renversement de rôle. Il est connu que le sentiment d'impuissance parentale ébranle la capacité de la mère à maintenir sa position d'autorité face à l'enfant (Lyons-Ruth & Jacovitz, 2008). Ainsi, il est suggéré que les stratégies de contrôle adoptées par l'enfant sont possiblement des tentatives pour rétablir la fonction de protection de la relation d'attachement, surtout quand le système est activé et que l'enfant se sent peut-être effrayé et vulnérable (George & Solomon, 2008). L'attachement de l'enfant, les interactions caractérisées par le renversement de rôle et l'état



d'esprit de la mère lié à l'attachement sont donc des facteurs importants qui posent potentiellement un risque pour le développement de troubles de comportement, particulièrement de nature extériorisée (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010 ; Lyons-Ruth & Jacovitz, 2008).

En somme, les relations entre l'attachement, l'estime de soi, l'impuissance de la mère, le renversement de rôle et les problèmes de comportements apparaissent complexes. Très peu d'études ont offert un portrait longitudinal de ces variables. À notre connaissance, aucune étude n'a regardé l'effet médiateur de l'estime de soi dans la relation entre l'attachement à l'âge préscolaire et les problèmes intériorisés à la préadolescence. Ceci indiquerait que le rôle primaire de la relation d'attachement serait appuyé par l'estime de soi de l'individu, plutôt que d'influencer directement les symptômes psychologiques. La façon dont le jeune se perçoit et s'évalue, à travers les modèles internes qu'il a construit à partir de sa relation avec le parent, influencerait les symptômes intériorisés futurs (Wilkinson, 2004). Cette composante pourrait être ciblée spécifiquement lors d'interventions précoces auprès de l'enfant. Aucune étude n'a non plus regardé l'impuissance maternelle et le renversement de rôle comme variables médiatrices du lien entre l'attachement en début d'âge scolaire et les problèmes extériorisés à l'adolescence. Obtenir de tels résultats confirmerait le rôle crucial du renversement de rôle et de l'impuissance maternelle impliqués dans le développement de problèmes extériorisés, modifiant ainsi l'influence directe de l'attachement désorganisé. Identifier ces pratiques parentales spécifiques comme variables médiatrices potentielles permettrait non seulement de confirmer et de mettre en lumière l'importance des interactions mère-enfant, mais également de promouvoir l'intervention directement auprès de la dyade mère-enfant en ciblant spécifiquement ces deux composantes. Une meilleure compréhension de ces relations permettrait donc d'offrir un meilleur soutien aux dyades mères-enfant et permettrait de concevoir des programmes de prévention et d'intervention adéquats. Il est important de noter que certaines données concomitantes et corrélationnelles de cette étude ne permettent pas d'établir des inférences causales, particulièrement en lumière du fait que les variables médiatrices et les autres variables, dépendamment des articles, ne sont pas toutes séparées par le temps. Ces modèles présentent toutefois une valeur heuristique importante pour la clinique, en identifiant les variables médiatrices comme cibles potentielles d'intervention.

## 1.6 Objectifs

L'objectif principal de la thèse est de regarder l'association entre l'attachement à l'âge préscolaire et en début d'âge scolaire, et les problèmes de comportement à la préadolescence et en début d'adolescence. Cette recherche examine aussi les facteurs individuels et familiaux pouvant potentiellement expliquer ces associations. La thèse comprend deux articles. La première étude examine: 1) l'association entre les différentes classifications d'attachement à l'âge préscolaire et les symptômes d'anxiété et de dépression rapportés par le préadolescent, 2) les différences dans l'estime de soi en fonction des différents patrons d'attachement à l'âge préscolaire, et 3) l'estime de soi en tant que variable médiatrice de l'association entre l'attachement à l'âge préscolaire et les symptômes d'anxiété et de dépression à la préadolescence. Cette étude vise à contribuer à la littérature existante en examinant de façon longitudinale la relation entre les patrons d'attachement à l'âge préscolaire et l'anxiété et la dépression respectivement, en tentant de mieux comprendre de quelle façon l'estime de soi peut potentiellement expliquer ces associations.

Le second article examine: 1) les différences dans la présence de symptômes de troubles extériorisés rapportés par l'adolescent et par la mère en fonction de l'attachement de l'enfant en début d'âge scolaire, 2) le lien entre les interactions mère-enfant en début d'âge scolaire caractérisées par un renversement de rôle, le sentiment d'impuissance de la mère à l'adolescence et les symptômes extériorisés du jeune adolescent, 3) les différences dans l'attachement de l'enfant en début d'âge scolaire en fonction des interactions caractérisées par le renversement de rôle et l'impuissance maternelle à l'adolescence, et 4) le rôle médiateur du renversement de rôle et de l'impuissance maternelle dans l'association entre l'attachement de l'enfant et les symptômes extériorisés en début d'adolescence à l'aide d'une analyse des chemins (*path analysis*). Cet article vise à élargir nos connaissances en examinant les conséquences associées aux différents patrons d'attachement désorganisé à l'âge scolaire et les problèmes extériorisés au-delà de l'enfance, c'est-à-dire à l'adolescence. De plus, l'examen du renversement de rôle et de l'impuissance parentale dans l'association entre l'attachement et les symptômes extériorisés contribue à augmenter nos connaissances sur les variables impliquées dans le développement de problèmes extériorisés à l'adolescence.



CHAPITRE II

PRESCHOOL ATTACHMENT, SELF-ESTEEM AND THE DEVELOPMENT OF  
PREADOLESCENT ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS

(ARTICLE 1)

**Preschool attachment, self-esteem and the development of preadolescent anxiety and depressive symptoms**

Vanessa Lecompte<sup>1</sup>, Ellen Moss<sup>1</sup>, Chantal Cyr<sup>1</sup>, & Katherine Pascuzzo<sup>2</sup>

**Article publié dans *Attachment and Human Development* (2014), 16, 242-260.**

<sup>1</sup>Université du Québec à Montréal, Département de Psychologie, Montréal, Canada.

<sup>2</sup>Université McGill, Département de Psychologie, Montréal, Canada.

This research was supported by grants from the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC). We thank Jean Bégin for his valuable assistance in the research project.

Correspondence concerning this article should be addressed to Vanessa Lecompte, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-ville, H3C 3P8, Montréal, Québec, Canada. Electronic Email may be sent to [lecompte.vanessa@courrier.uqam.ca](mailto:lecompte.vanessa@courrier.uqam.ca).

### Abstract

This study examined the longitudinal association between preschool attachment patterns, the development of anxiety and depression at preadolescence and the mediational role of self-esteem. Child-mother attachment classifications of 68 children (33 girls) were assessed between 3-4 years of age ( $M = 3.7$  years,  $SD = 4.4$  months) using the Separation-Reunion Procedure. At age 11-12 ( $M = 11.7$  years,  $SD = 4.3$  months), anxiety and depressive symptoms (Dominic Interactive Questionnaire), and self-esteem (Self-Perception Profile for Children) were also evaluated. Preadolescents who had shown disorganized attachment at preschool age scored higher on both anxiety and depression and lower on self-esteem than those who had shown secure and insecure-organized attachment strategies. Self-esteem was a partial mediator of the association between preschool disorganization and symptoms of preadolescent depression, but the model was not supported for anxiety. These findings support the idea that early attachment and self-esteem should be central themes in prevention programs with young children.

Keywords: parent-child attachment; self-esteem; anxiety; depression; preadolescence

## Introduction

Preadolescence, the age period between 10 and 12 years, is an understudied but important period of development (Kerns & Richardson, 2005). Biological, cognitive, and social changes occurring during this transitional period are predictive of later adaptation (Asaker, 2006; Larson, Richards, Moneta, Holmbeck, & Duckett, 1996; Piaget, 1972). Internalizing behavior problems, particularly anxiety and depression, are more evident at preadolescence than at earlier periods. These difficulties may become further consolidated if they remain unidentified, and untreated before adolescence (Keiley, Bates, Dodge, & Pettit, 2000; Kovacs & Devlin, 1998).

Research in developmental psychopathology has shown that early insecure attachment is a risk factor for the development of later internalizing problems. However there are many gaps in our understanding of this association. For one thing, outcomes at only a few developmental periods have been investigated (Brumariu & Kerns, 2010), and results are not consistent. In addition, there is a need to test theoretical models explaining the hypothesized links between different types of insecure attachment and anxiety and depression (see Brumariu & Kerns for a review). Such knowledge is important both fundamentally and to inform prevention and intervention efforts. Accordingly, in this study, we examined longitudinal associations between preschool attachment patterns (secure, insecure-organized and disorganized) and the development of anxiety and depression symptoms at preadolescence. We further tested the role of self-esteem as a mediator of the association between early attachment and anxiety and depression respectively, as well as a reverse model with anxiety and depression as mediators of associations between attachment and self-esteem.

Internalizing problems refer to conditions whose central feature is disordered mood and emotion, and include behaviors that are inner-directed and over-controlled (Achenbach & Rescorla, 2000; Kovacs & Devlin, 1998). The spectrum of internalizing problems includes anxiety, depression, social isolation and withdrawal. Anxiety in childhood is defined as intense fear or worry associated with avoidant behavior in situations that trigger anxiety. Depression /dysthymia in childhood is marked by feelings of sadness, diminished energy and sleep, and appetite disturbances (APA, 2000). The trajectory of internalizing symptoms tends to be quite stable over time, placing the child at risk for various forms of adversity (Keiley et al., 2000).

High levels of anxiety are associated with higher risk for comorbid conditions such as depression, disruptive behaviors and difficulties in social adjustment (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003). High levels of depression are associated with academic difficulties, impaired personal relationships, subsequent episodes of depression, substance abuse during adolescence, and increased risk of suicidal ideation or suicidal behaviors (Hammen & Rudolph, 2003).

Pathways to anxiety and depression are multifactorial. Known risk factors for these internalizing problems include difficult temperament, high stress reactivity, problems in emotion regulation and difficult family environments. Within the last category is parental insensitivity which is highly predictive of development of child insecure attachment (Rapee, 1997; Repetti, Taylor, & Seeman, 2002; Zahn-Waxler, Klimes-Dougan, & Slattery, 2000). Bowlby (1973) provided a theoretical basis for the idea that insecure attachment is related to the development of both anxiety and depression in childhood and adolescence. He suggested that children learn to predict the caregiver's availability based on their history of interaction with one another. If these predictions fail, children respond with fear and anxiety, especially when separated from the attachment figure or when experiencing other stressful situations. Experiences that cause a child to question the availability of the attachment figure in times of distress, such as parental inconsistency, lying, abandonment or distorted parental perception, often lead to chronic anxiety and exaggerated responses to frightening situations, regardless of the source of threat. Concerning depression, Bowlby (1980) suggested that prolonged and unpredictable loss, perceived or actual, increases child vulnerability to depression. The lack of the attachment figure's availability promotes perceptions of the self as a failure or as unworthy of the love and trust of other, perceptions that will be consolidated throughout subsequent losses or difficult attachment-related experiences that exacerbate depressive symptoms.

In a recent review of the literature, Brumariu and Kerns (2010) concluded that insecure attachment is a risk factor for development of anxiety and/or depression. Authors of a recent meta-analysis concluded that disorganized attachment, as distinct from organized insecure types of attachment, is a risk factor for development of internalizing problems (Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012). It is important to point out that Groh and colleagues (2012) included only studies with early behavioral measures of attachment in their review, whereas Brumariu and Kerns (2010) had a broader focus on

attachment assessed by different measures (behavioral representational and self-report) from early childhood to adolescence. On a theoretical level, all three forms of insecure attachment may be linked to development of anxiety and depressive symptoms. Children with an ambivalent attachment to the caregiver, who generally experience caregiving of an inconsistent and sometimes overly-involved nature, may experience anxiety about whether their needs can be met outside the parent-child relationship and depression in the absence of the attachment figure. Their hyperactivation of the attachment system and preoccupation with the caregiver inhibits their exploratory behavior and thus may lead to anxiety resulting from limited familiarity with the environment (Manassis, 2001; Moss, Parent, Gosselin, Rousseau, & St-Laurent, 1996). Avoidant attachment may be associated with the development of anxiety and depression as a result of consistent rejection by the caregiver in times of distress, which may lead to inhibition of child expression of negative emotions and minimization of proximity-seeking (Bradley, 2000; Cassidy, 1994). Children manifesting disorganized attachment behavior experience the most dysfunctional caregiving, mainly described as hostile or helpless (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008), frightening or frightened (Main & Hesse, 1990). For these children, anxiety and fear are heightened not only by the caregiver's failure to comfort the child, but also by the caregiver's actual activation of the child attachment system, leaving the child within an unsolvable paradox whereby their potential source of comfort is also their source of fear (Main & Hesse, 1990). Studies have shown that children classified disorganized during the preschool years perceive themselves as helpless and vulnerable in the face of distress, with their attachment figures unable to protect them (Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent, & Saintonge, 1998). These views of self and other may ultimately lead to development of both anxiety and depression symptoms (Bowlby, 1969).

In a previously published study with this sample, we examined the etiology of preschool disorganization (Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004). Results showed that children classified disorganized lived in less optimal rearing environments or in families that had experienced a number of attachment-related stressful life events, such as parental hospitalization, parental loss due to death, and parental marital problems. In addition, results showed that mothers of children showing disorganized attachment reported increasing levels of child-related stress between preschool and school-age and viewed their children as more difficult than mothers of children with non-disorganized attachment. Another subgroup of



mothers reported decreasing levels of child-related stress. This particular finding was observed in dyads where children had developed disorganized caregiving behaviors towards the parent. Parents that have difficulties coping with their own loss or show dysregulated emotional states may seek comfort from the child, which further leads to role reversal and child behavior problems (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). In this sample, children with a disorganized caregiving attachment showed higher levels of internalizing behavior problems than their peers once they reached school-age. Overall, they observed that children classified with disorganized attachment at preschool age were more likely to continue to display such attachment behavior at school-age and that less optimal rearing environments were important associated risk factors.

Findings of a recent meta-analysis (Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoît, 2012) have shown that although children with an insecure attachment are twice as likely to develop internalizing behavior problems as are securely-attached children, avoidantly-attached children are those showing the highest level of internalizing problems. However, attachment/internalizing associations within this meta-analysis were not examined separately for anxiety and depression. Wood (2007) found that insecure infant attachment, assessed using the Attachment Behavior Q-Set (AQS; Waters, 1987), was associated with greater teacher-reported anxiety symptoms, as assessed by the Child Adaptive Behavior Inventory (CABI; Cowan, Cowan, Heming, & Miller, 1991) at preschool age. Shamir-Essakov, Ungerer and Rapee (2005) also found a concurrent positive association between insecure preschool attachment (particularly disorganized and avoidant), measured with the Separation-Reunion Procedure (Cassidy & Marvin with the MacArthur Working Group on Attachment, 1992), and mother-reported anxiety symptoms as assessed by the Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (Parent version, ADIS-CP-IV; Silverman & Albano, 1996). Bar-Haim, Dan, Eshel and Sagi-Schwartz (2007), using a longitudinal design, showed that infant insecurity during a separation-reunion procedure with the caregiver predicted anxiety symptoms at preadolescence reported by both preadolescents and their mothers using the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher et al., 1997), but Bosquet and Egeland (2006) failed to find significant associations between infant attachment security and preadolescent CBCL teacher-reported anxiety scores (Achenbach, 1991). However, disorganization was not assessed in either study. Two studies which used preschool attachment measures (Cassidy and Marvin with the Mac Arthur working Group on Attachment, 1992) found that insecure children

had generally higher anxiety symptoms at early school age as reported by both parents and teachers using the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991), and that children showing disorganized attachment showed elevated symptoms in middle childhood on a composite-anxiety score combining mother, teacher and child reports (Dallaire & Weinraub, 2007; Moss et al., 2006).

Only two studies have evaluated associations between infant or preschool attachment and the development of depression. Bureau, Easterbrooks and Lyons-Ruth (2009) found that disorganized attachment in infancy measured with the Strange Situation (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) predicted self-reported depressive symptoms in middle childhood measured with the Dimensions of Depression Profile for Children and Adolescents questionnaire (Harter & Nowakowski, 1987). Moss and colleagues (2006) found a similar result using the preschool separation-reunion measure for attachment and a composite mother, child and teacher CBCL depression score. Two studies measuring attachment in middle childhood using respectively the Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA; Armsden & Greenberg, 1987) and the Family Drawing Procedure (FD; Kaplan & Main, 1986) found that insecure children had higher self-reported (CDI ;Children's Depression Inventory; Kovacs, 1992) depressive symptoms than secure children (Abela et al., 2005; Gullone, Ollendick, & King, 2006). Research examining associations between patterns of early attachment and later anxiety and depression can be considered to be inconclusive, underscoring the need for further longitudinal research on this question (Brumariu & Kerns, 2010).

#### *Mediating pathway between attachment and anxiety and depression*

In attachment theory, models of the self developed in the context of a secure attachment are believed to contribute to feelings of self-worth and confidence and thus may increase resilience to stress. According to Bowlby (1980), when the representation of the attachment figure is of a responsive, available and sensitive person, children will develop and maintain a model of the self as worthy, lovable, and competent. On the other hand, negative representations of the caregiver associated with insecure attachment lead to negative views of the self and vulnerability to depression. Negative self-models may lead to interpretation of subsequent losses and disappointments as personal failures, thus further diminishing feelings of self-worth and increasing vulnerability to depression.

Self-esteem refers to characteristics of the self that are consciously acknowledged by the individual, that is, how one describes oneself. It is the overall evaluation of one's worth or value as a person (Harter, 1999). There is some agreement that self-esteem is traitlike, e.g. self-esteem levels are consistent over time within individuals (Blascovich & Tomaka, 1991; Wilkinson, 2004). In insecure parent-child dyads, lack of communication regarding emotions, the child's inability to rely on the parent for comfort and the minimal opportunities for exploration may foster a reduced sense of self-esteem, and may signal a risk for anxiety when children experience stress associated with anticipated stressful situations (Barlow, 2002; Chorpita, Albano, & Barlow, 1998).

Numerous studies have established links between insecure attachment patterns and low self-esteem, although most have focused on the adolescent and adult periods (Gamble & Roberts, 2005; Hankins, 2005; Roberts, Gotlib, & Kassel, 1996). Among the few studies that looked at attachment and self-esteem in childhood, Verschueren, Marcoen and Sehoefs (1996) showed a concurrent association between secure attachment representations, as assessed with the Attachment Story Completion Task (Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990), and higher self-esteem at age 5, assessed with the Puppet Interview (Cassidy, 1988). Jacobsen, Edelstein and Hofmann (1994) found an association between disorganized attachment representations and low self-confidence at age 7 as assessed on the basis of behavioral observations during testing. Moreover, Moss and St-Laurent (2001) found that disorganized attachment, assessed with the separation-reunion procedure (Main & Cassidy, 1988) was associated with lower self-esteem in middle childhood. As for studies assessing the preadolescent period, Yunger, Corby and Perry (2005), who measured attachment with the Preoccupied and Avoidant coping scales (Finnegan, Hodges, & Perry, 1996), found that preoccupied attachment was concurrently related to lower self-esteem, but not avoidance. In that study, disorganized attachment was not assessed. Given the general lack of studies in both the middle childhood and preadolescent periods, additional research is needed to disentangle the particular associations between child attachment patterns and self-esteem at those developmental periods.

Although self-esteem has been proposed as a mechanism that may play a mediational role in the association between attachment and internalizing problems (Brumariu & Kerns, 2010), only one study has tested this hypothesis. Kenny, Moilanen, Lomax and Brabeck (1993)

found that child self-esteem mediated the association between attachment (assessed with the Parental Attachment Questionnaire, Kenny, 1987) and depression in a sample of 12 year-old children. However, this study did not include anxiety as an outcome measure, and all measures were concurrent. Mediation models that are the most informative use more than one time point. The current study goes beyond the current literature in examining how self-esteem (age 11) mediates the link between early attachment (age 3) and anxiety and depression (age 11) using two time points and multiple outcome measures.

### *Objectives and hypotheses*

The first objective of this study was to examine how preadolescent anxiety and depression symptoms differed as a function of preschool attachment classification. Given the emphasis in the preschool attachment literature on distinctions between the secure and disorganized groups (Moss, Bureau, St-Laurent, & Tarabulsky, 2011), and sample size limitations, post-hoc comparisons will involve three groups (secure, insecure-organized and insecure-disorganized). We expected that children who had been classified disorganized in childhood would show higher levels of anxiety and depression than those classified secure and insecure-organized (avoidant and ambivalent combined), who would both be similar in terms of risk. The second objective was to examine differences in self-reported self-esteem at preadolescence using the same set of post-hoc comparisons for the three groups. We expected that children classified disorganized at preschool age would report the lowest self-esteem. The third objective was to test the possible mediating role of self-esteem in the association between preschool attachment and the manifestation of anxiety and depression symptoms at preadolescence. Given that both self-esteem and the internalizing measures were concurrent, we also tested the model in the reverse sense, with self-esteem as the outcome and anxiety and depression as mediators.

## Method

### *Participants*

Participants in this study were mother-child dyads who were part of an ongoing longitudinal project focused on developmental adaptation as a function of parent-child



relationships. These participants were recruited through preschools in diverse socioeconomic areas of Montreal. The attachment measure included in this study was collected at Time 1 of this project, when the children were 3-4 years of age ( $M = 3.7$  years,  $SD = 4.4$  months) and the remaining measures used here were collected at Time 4, when the children were 11-12 years of age ( $M = 11.7$  years,  $SD = 4.3$  months). Results of data collections at Time 2 (age 6) and Time 3 (age 8) have been previously published. All Time 1 subjects who had data at Time 4 were included in the current study. A total of 68 participants (33 girls, 35 boys) constituted the final sample (72% of the original sample). Analyses of variance and chi-square analyses on socio-demographic variables revealed that the attrition sample did not differ from the original sample on any background measures.

In this final sample, 8% of families had an income level under CAD\$ 20,000\$, 24% earned between CAD\$ 20,000\$ and CAD\$ 50,000\$, and 68% earned CAD\$ 50,000\$ or more. Concerning maternal education, 11% had a high school degree, 21% had a college degree and 68% a university degree. Regarding family structure, 39% of the children were living in a single-parent family, while 61% were living with both parents.

### *Procedure*

*Time 1.* Mother-child dyads were invited to the laboratory for a two hour visit to participate in various tasks. Before the visit, mothers received by mail various questionnaires to be completed at home. Upon their arrival at the laboratory, the dyads engaged in a 10 minute free play session, followed by a separation-reunion procedure that lasted about 25 minutes. Structured games were then presented to the dyads followed by a 10 minute snack time.

*Time 2 (Time 4 in original study).* At the preadolescent follow-up occurring 7 years later, the children and their mothers were contacted by phone and invited for another two hour visit at the laboratory. A socio-demographic questionnaire was sent by mail to the mother before the visit to be completed at home. The child completed the Dominic Interactive Questionnaire (Valla, Bergeron, & Smolla, 2000) and the Self-Perception Profile for Children (SPPC; Harter, 1985) during the lab visit.

### *Instruments*

*Separation-Reunion procedure.* Upon arrival at the laboratory, mothers and children participated in a modified separation-reunion procedure for preschool-age children (Cassidy & Marvin with the MacArthur Working Group on Attachment, 1992; Moss, Bureau, Cyr, & Mongeau, 2004) consisting of five episodes lasting 5 minutes each: 1) pre-separation; 2) first separation between mother and child; 3) reunion; 4) second separation between mother and child; 5) second reunion. At the beginning of the procedure, dyads were shown into a laboratory room with age-appropriate toys placed on the floor and asked to play as they normally would. The research assistant informed the mother that there would be two consecutive separations lasting five minutes, each one followed by two reunions. The mother was told that she should leave on hearing a knock on the door, that the child would be left alone during the separations, and that following each separation she should rejoin her child. No other specific instructions were given.

The attachment classifications were based on behavior observed in both reunions, with details of coding criteria for each classification provided in Cassidy and Marvin (1992). Coders were trained by recognized experts and achieved reliability with these expert coders on a separate sample of tapes. Discrepancies between the two coders were resolved by watching the tapes until consensus was reached. Overall agreement for the major classifications (A, B, C, D) was calculated on 30% of the tapes in the initial sample ( $N = 153$ ) and excellent inter-rater reliability was obtained (88%,  $\kappa = .81$ ,  $p < .01$ ). Coding is based on information gathered from five modalities: physical proximity and contact, body positioning, speech, gaze and affect.

The validity of this procedure for classifying attachment behavior in children of this age range, with respect to socio-emotional and academic adaptation, has been demonstrated in studies by Moss, Cyr and Dubois-Comtois (2004), Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsky and Dubois-Comtois (2005) and NICHD Early Child Care Network (2001).

*Dominic Interactive Questionnaire* (Valla, Bergeron, & Smolla, 2000). This questionnaire is a computerized self-report measure of common mental health disorders in childhood (6-11 years old). The computer program presents each symptom in a question format, and also presents the questions orally and with colorful pictures. The average length of

administration of the questionnaire is 15 minutes. Children respond yes or no to the 91 questions that ask whether they think, feel, or act like Dominic (boy or girl depending on sex of child) who is portrayed in a variety of scenarios (Linares Scott et al., 2006). All questions correspond to the DSM-IV symptom criteria for seven categories; specific phobias, separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, depression/ dysthymia, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and attention deficit hyperactivity disorder. Summary scores are also calculated for internalizing and externalizing disorders and a total score is calculated combining all the symptoms. In our study, the generalized anxiety disorder scale ( $\alpha = .78$ ) and the depression/ dysthymia scale ( $\alpha = .79$ ) were used to measure anxiety and depression symptoms. This assessment has demonstrated good reliability and adequate validity (Linares Scott et al., 2006; Valla, Bergeron, & Smolla, 2000).

*Self-Perception Profile for Children (SPPC; Harter, 1985).* The SPPC is a 24 item questionnaire that describes a child's feelings of self-competence in different domains. The items are grouped in 6 different scales; academic competence, social acceptance, athletic competence, physical appearance, global behavior and a total score of self-esteem that reflects the child's global self evaluation. The global score was used in this project ( $\alpha = .70$ ). Each SPPC item consists of two opposite descriptions, e.g. "Some children are often angry with themselves" but "Others are pretty satisfied with themselves". Children have to choose the description that best fits and then indicate whether the description is somewhat true or very true for them. Accordingly, each item is scored on a four-point scale with a higher score reflecting a more positive view of the self. This questionnaire shows good construct validity (Wichstrom, 1995) and the internal consistency of the SPPC scales was satisfactory with Cronbach's alphas between .73 and .81. The test-retest stability of the SPPC over a 4-week interval was good, all intraclass correlation coefficients were .84 or higher (Muris, Meesters, & Fijen, 2003).

*Sociodemographic Questionnaire.* This questionnaire assessed the mother's demographic information about herself and the family including gender, age, income, marital status and level of education.



## Results

The distribution of child attachment classifications in our sample was as follows: 6 avoidant (2 girls), 43 secure (21 girls), 9 ambivalent (5 girls) and 10 disorganized (5 girls). Among the 10 children classified with disorganized attachment at preschool age, 3 were classified controlling-caregiving, 2 controlling-punitive and 5 were classified behaviorally disorganized. Owing to the small number of children classified avoidant or ambivalent, these groups were combined into a single insecure-organized group based on the theoretical similarities between these two groups in resolving distress through an organized, (either minimization or hyperactivation), albeit not optimal strategy (Moss et al., 2005). The final distribution of attachment classifications was as follows: 43 secure, 15 insecure-organized and 10 disorganized. Descriptive statistics also showed that a small percentage of the sample presented scores within the clinical range. Five of the children (7% of the sample) presented scores within the clinical range for depression, and five did so for anxiety. All five of the children with high depression scores and three of the five children with high anxiety scores had been classified as disorganized with regard to attachment to their mother at 3-4 years. Two of these children were within the clinical range for both anxiety and depression.

### *Preliminary analyses*

Preliminary analyses were undertaken in order to identify possible covariates related to the variables of interest, i.e. preschool attachment, self-esteem, anxiety and depression. Analyses of variance revealed no significant differences on socio-demographic variables as a function of attachment ( $F$ s between .02 and 1.21, for family income, maternal education, marital status and child age). Correlation analyses revealed no significant associations between socio-demographic variables and other variables of interest ( $r$ s between -.18 and .14).

In addition, results of a chi-square analysis revealed no significant differences in attachment classification as a function of gender,  $\chi^2(1, n = 68) = 2.10$ , n.s. However, girls reported a higher level of anxiety than did boys,  $F(1, 67) = 4.24$ ,  $p < .05$ . No significant gender differences were found for depression or self-esteem, ( $F$ s = .25 and .78, respectively). Gender was therefore used as a covariate in analyses pertaining to anxiety.

Correlations between dependent variables were all significant. Depression was significantly related to self-esteem ( $r = -.51, p < .01$ ). Partial correlations, controlling for gender, showed that depression was related to anxiety ( $r = .52, p < .01$ ), and anxiety to self-esteem ( $r = -.34, p < .01$ ).

*Preschool attachment and preadolescent anxiety and depression*

*Anxiety.* To examine if preschool attachment groups (secure, insecure-organized, insecure-disorganized) differed as a function of preadolescent anxiety, an analysis of covariance (ANCOVA) was executed, controlling for gender. Results showed that levels of anxiety varied significantly as a function of attachment classifications,  $F(2, 64) = 4.37, p < .05$ . To examine differences between the three attachment subgroups on this variable, post-hoc analyses (Tukey) were performed to compare: 1) the secure group to the insecure-organized group (B vs. AC); 2) the secure group to the disorganized group (B vs. D); and 3) the disorganized group to the insecure-organized group (D vs. AC). As expected, results indicated that preadolescents who had been classified with disorganized attachment as preschoolers (D) showed higher anxiety symptoms than those who had been classified secure (B)  $t(64) = -2.88, p < .05, d = .72$ . No other significant differences were found among the groups.

*Depression.* A similar series of analyses was executed with preadolescent depression score as the outcome variable. Results of an ANOVA showed a significant difference among groups as a function of preschool attachment  $F(2, 65) = 5.46, p < .01$ . Results of post-hoc comparisons (Tukey) indicated that preadolescents who had shown a disorganized (D) preschool attachment had higher depressive symptoms than those classified as secure (B)  $t(65) = -3.27, p < .01, d = -.81$ , or insecure-organized (AC)  $t(65) = -2.86, p < .05, d = -.71$ . Preadolescents who had been classified secure (B) did not differ from those who had been classified insecure-organized (AC) at preschool.

*Preschool attachment and children's self-esteem*

A similar set of ANOVA and post-hoc analyses (Tukey) was undertaken to examine preadolescent self-esteem as a function of earlier attachment. Results showed significant group differences  $F(2, 65) = 4.37, p < .05$ , indicating that preadolescents who had been classified

with disorganized attachment (D) at preschool age had lower self-esteem than those who had been classified secure (B)  $t(65) = 2.61, p < .05, d = .65$ , or insecure-organized (AC)  $t(65) = 2.87, p < .05, d = .71$ . Preadolescents who had been classified secure (B) did not differ from those who had been classified insecure-organized (AC) at preschool (Table 1).

---

Table 1

---

*Mediating role of self-esteem in the longitudinal association between preschool disorganization and preadolescent anxiety and depression*

Given these significant associations, we further tested the mediating role of self-esteem in the association between preschool disorganization and preadolescent anxiety and depression respectively. The disorganized attachment variable was recoded into a dummy variable, where preschool disorganization = 1 and other classifications = 0. Because the conditions for doing mediation analyses suggested by Zhao, Lynch and Chen (2010) were met, we tested the two mediation models, the first one with the anxiety variable and the second one with the depression variable. Results are presented in Table 2.

*Anxiety.* To test the mediational role of self-esteem, a first hierarchical regression on the anxiety variable was conducted entering gender as a covariate in Step 1, self-esteem in Step 2 and preschool disorganization in Step 3. Results showed that preschool disorganization remained a significant predictor of anxiety symptoms,  $\Delta R^2 = .09, F(1,64) = 7.21, p < .01, \beta = .30$ , even after taking into account the variance explained by self-esteem, which was also a significant predictor,  $\Delta R^2 = .10, F(1,65) = 7.88, p < .01, \beta = -.32$ . The significance of the model was then tested using the Preacher and Hayes' (2004) bootstrap methodology for indirect effects. This procedure is based on 10 000 bootstrap resamples to describe the confidence intervals for indirect effects in a way that makes no assumptions about the distribution of the indirect effects. Interpretation of the bootstrap data is accomplished by determining whether zero is contained within the 95% confidence interval (thus revealing a lack of significance). Results showed an indirect effect of .0912 and a bias-corrected bootstrap 95% CI: {-.3698, .5282}, indicating a non-significant decrease in the effect of preschool disorganization on

anxiety symptoms at preadolescence via self-esteem. Thus, the meditational model was not supported. Rather, results supported an additive model in which both preschool disorganized attachment and preadolescent low self-esteem contributed to anxiety symptoms at preadolescence.

*Depression.* A second hierarchical regression analysis on the depression variable was performed in order to test the mediating role of self-esteem, entering self-esteem in Step 1 and preschool disorganized attachment in Step 2. Results showed that disorganized attachment at preschool age remained a significant predictor of depressive symptoms at preadolescence,  $\Delta R^2 = .07$ ,  $F(1,65) = 6.40$ ,  $p < .05$ ,  $\beta = .27$ , even after taking into account the variance explained by self-esteem, which was also a significant predictor,  $\Delta R^2 = .26$ ,  $F(1,66) = 23.01$ ,  $p < .001$ ,  $\beta = -.51$ . The Preacher and Hayes' (2004) bootstrap methodology revealed an indirect effect of .2813 and a bias-corrected bootstrap 95% CI: {.0071, .7058}, indicating a significant decrease in the effect of preschool disorganized attachment on later depressive symptoms via self-esteem. However, since early disorganized attachment remained a significant predictor, self-esteem can be considered to be a partial mediator of the association between disorganization at preschool age and preadolescent depression.

An identical series of analyses were executed with anxiety and depression respectively as the mediator and self-esteem as the dependant variable. Results showed that preschool disorganization was no longer a significant predictor of self-esteem after controlling for anxiety  $\Delta R^2 = .04$ ,  $F(1,64) = 3.84$ ,  $ns$ ,  $\beta = .21$  or depression  $\Delta R^2 = .02$ ,  $F(1,65) = 12.95$ ,  $ns$ ,  $\beta = .14$ . The significance of these mediated paths was not supported for either of the two dependant variables (indirect effect of .0227 and .0030, and a bias-corrected bootstrap 95% CI: {-.0490, .0943} and {-.1086, .0968}, for anxiety and depression respectively).

---

Table 2

---

## Discussion

Our finding of a longitudinal association between insecure attachment at preschool age and development of both anxiety and depression symptoms at preadolescence provides empirical support for Bowlby's (1973) theoretical ideas linking development of internalizing problems to concerns about the attachment figures' availability during childhood. Results of this study extend previous studies that have investigated similar associations at preschool and early school-age (Moss et al., 2006; Shamir-Essakow, Ungerer, & Rapee, 2005) to the preadolescent period.

These results highlight the importance of early attachment and its influence on developmental outcomes. It is likely that children's early caregiving experiences continue to impact on adaptation at the dawn of adolescence, which is a period of psychological vulnerability due to the onset of puberty and changes in socialization (Ge, Conger, & Elder, 1996; Kerns, Klepac, & Cole, 1996). However, attachment experiences during middle childhood and preadolescence may also contribute to the development of preadolescent internalizing symptoms (Brumariu & Kerns, 2010). Future research should include measures of school-age and preadolescent attachment as well as early childhood measures in order to determine the relative impact of each on the development of preadolescent internalizing problems.

In support of our first hypothesis, preadolescents who had a disorganized attachment relationship with their mother at preschool age were at greater risk for the development of both anxiety and depression symptoms, than those who had been classified secure and insecure-organized (avoidant and ambivalent). In fact, no differences were found between those classified as secure and insecure-organized. Both of these two groups were similar in terms of their internalizing behavior profile. Disorganized attachment to the caregiver may lead to internalizing difficulties because of the caregiver's failure to comfort the child in times of stress, leaving the latter in a state of fear and helplessness (Moss et al., 1998). In contrast, children with insecure-organized patterns of attachment can, to some degree, use the caregiver to assist in the regulation of stressful emotions, and do not perceive the caregiver as unable to protect them and a source of fear. This may be one of the reasons why children classified



insecure-organized in preschool did not show internalizing problems at preadolescence, but had levels similar to children classified as secure.

Results of this study support the hypothesis that children who had shown disorganized attachment in preschool had significantly lower self-esteem at preadolescence than children with secure or insecure-organized strategies. Young children tend to have an unrealistically high, positive view of the self which declines with age. As children grow older and develop cognitively, they begin to base their evaluations of the self on external feedback and social comparisons, and consequently create a more balanced and exact appraisal of the self, including their academic competence, social skills and other personal characteristics (Robins & Trzesniewski, 2005). At preadolescence, self-esteem tends to be lower for all children. This may be linked to changes in puberty which may negatively impact on body image, as well as to the transition from grade school to high school, which engenders more academically challenging and socially complex contexts. Already at a young age, children showing disorganized attachment are likely to develop a bad or distorted perception of the self that compromises learning opportunities and the capacity to orient attention on personal accomplishment and success. As these children had the need to focus on finding ways to protect themselves from their attachment figure or from potential dangers, difficulties in developing efficient emotion regulation and executive functioning strategies may just have cumulated over the years, increased academic and social challenges and diminished self-esteem once they reached preadolescence (Lyons-Ruth, Alpern, & Repacholi, 1993; Moss & St-Laurent, 2001).

In line with our third hypothesis, we found that self-esteem acted as a partial mediator of the longitudinal association between disorganized attachment at preschool age and depression symptoms at preadolescence. The inability of children with disorganized attachment to rely on the parent in times of need may foster a reduced sense of self-efficacy, as these children lack opportunities to develop new skills or to explore the environment. An early disorganized parent-child relationship may also lead to negative self-views, associated with depressive symptoms, when encountering personal disappointment, performance failure, and loss-related stressors (Goodyer, 2001). The partial mediating role of self-esteem supports the idea that other variables associated with early disorganized attachment may contribute to the prediction of depression at preadolescence. In that sense, further studies should examine

factors such as peer difficulties and school underachievement as possible additional mediators because of their association with early disorganization and later difficulties (Moss & St-Laurent, 2001).

We found no significant mediating role for self-esteem in the association between preschool attachment and development of anxiety at preadolescence. Although both preschool disorganization and self-esteem are associated with anxiety, each may explain different dimensions of anxiety symptoms in preadolescence. For example, the intense fear or worry associated with anxiety in stressful situations might be associated with disorganization of attachment because of the caregiver's inability to comfort the child which prevents the latter from developing regulatory skills to cope with situations that generate anxiety. However, other behaviors commonly linked with anxiety such as the avoidance of stressful situations may not. These behaviors may be linked to temperamental dimensions such as behavioral inhibition as suggested by Zdebik (2013). Children showing disorganized attachment commonly react to distress with chaotic, confused behavioral patterns which may combine avoidance, approach and even attack. Further research should more carefully distinguish between different anxiety symptoms in testing mediation and also replicate this model with a more clinical population.

Because self-esteem, anxiety and depressed mood were measured concurrently, we also tested the possible mediating effect of these internalizing symptoms in the association between preschool disorganization and preadolescent self-esteem, in order to eliminate a possible bidirectional effect. Both mediation models (with anxiety and depression as mediators) proved to be non-significant. This result adds strength to our finding that self-esteem acts as the mediator, and suggests that prevention and intervention efforts should focus on this variable. It also supports the attachment model which emphasizes the role of internalization of responsive caregiving as critical in the development of positive self representations and reduced risk for depression. Further research should however explore how other variables (eg. behavioral inhibition) which have been empirically linked to the development of internalizing symptoms may developmentally interact with attachment.

Despite the limited sample size, this study presents a clear pattern of results distinguishing the disorganized group from other attachment groups with respect to their risk for internalizing problems. It is possible that there is a common underlying variable explaining

both preschool disorganization and preadolescent anxiety and depression. Indeed, both disorganized attachment and these internalizing problems are associated with difficulties in emotion regulation. In early childhood, children showing disorganized attachment strategies manifest difficulties in controlling and adapting emotional responses, as well as coping with arousal in order to maintain a motivating level of emotion (DeOliveira, Bailey, Moran, & Pederson, 2004). Over time, these early difficulties may evolve into internalizing problems which involve efforts to control or suppress negative emotions as well as distortions in understanding their meaning and consequences (Cole, Martin, & Dennis, 2004; Zahn-Waxler et al., 2000). These difficulties in emotion regulation common to both internalizing problems and disorganization may also be explained by common factors found in the rearing environment, such as maternal depression or poor parenting (Graham & Easterbrooks, 2000; NICHD, 2006). Common genetic vulnerabilities may also underlie both attachment disorganization and internalizing problems. Studies have linked the short allele polymorphism of the serotonin transporter gene (5-HTTLPR) to attachment disorganization (Spangler, Johann, Ronai, & Zimmerman, 2009), and to the development of anxiety and depression (Pezawas et al., 2005). The genetic predisposition for the development of this particular attachment pattern and the genetic predisposition for high negative emotionality found in children carrying the 5-HTTLPR alleles may render them vulnerable to insensitive caregiving leading to the development of both disorganization and internalizing problems. Further research is necessary to explore how these biological and environmental factors independently or interactively contribute to the development of both disorganization and internalizing problems.

It is essential to note certain limitations of the study. First, it is important to recognize the relatively small sample size. Owing to the restricted sample, both the avoidant and ambivalent groups were combined into an insecure-organized group, thus limiting the possibility of examining more specific differences between these groups. The use of a nonclinical sample also contributed to this narrower range of insecure classifications, as well as behavior problem scores. Thus, caution should be used in generalizing the results of this study to more at-risk populations, and further research on this issue is needed. In future studies with larger samples of children classified with disorganized attachment, it would also be important to examine differences between the three subgroups of disorganized/controlling

children to test whether there is a greater likelihood that the controlling-caregiving or controlling-punitive groups show greater anxiety and depression than the behaviorally-disorganized group, as suggested by Moss, Cyr and Dubois-Comtois (2004) and O'Connor, Bureau, McCartney and Lyons-Ruth (2011). Moreover, it would have been interesting to know the preadolescent's current attachment status, but no attachment measure was available at this particular timepoint. Finally, although our use of only child reports for assessing anxiety and depression may be seen as a limitation of the study, it is justifiable in the sense that there is low agreement between reporters for these problems (DiBartolo & Grills, 2005; Kolko & Kazdin, 1993; Manassis, Mendlowitz, & Menna, 1997; Schniering, Hudson, & Rapee, 2000), and child reports provide the best available measure (in comparison with teacher and maternal reports) of internalizing symptoms at preadolescence (DiBartolo & Grills, 2005; Moss et al., 2006).

### *Conclusion*

Despite these limitations, our results contribute to the understanding of the development of theoretical models of the etiology of anxiety and depression. Few previous studies have been longitudinal in nature, included the disorganized attachment group, and focused on the manifestation of anxiety and depression symptoms at preadolescence. This study demonstrates the unique contribution of disorganized attachment at preschool age to the development of low self-esteem and the manifestation of depression symptoms at preadolescence. Results from our analyses also provide evidence that internalized representations of the self developed in response to child-parent attachment experiences at age 3 influence child self-esteem, contributing to higher levels of depressive symptoms at preadolescence. On a clinical level, our results suggest that both disorganized attachment at preschool age and self-esteem should be directly targeted in intervention and prevention efforts in populations of children at risk of or showing internalizing behavior problems. Positive results have already been found in several studies (eg. Moss et al., 2011) showing that early attachment-based intervention with maltreated preschoolers significantly lowered internalizing problems.

## References

- Abela , J. R. Z., Hankin, B. L., Haigh, E. A. P., Adams, P., Vinokuroff, T., & Trayhern L. (2005). Interpersonal Vulnerability to Depression in High-Risk Children: The Role of Insecure Attachment and Reassurance Seeking. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34, 182-192.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 279–329). New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well being in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427–454.
- Asaker, F. D. (2006). Annotation: The Impact of Puberty. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 249-258.
- Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y., & Sagi-Schwartz, A. (2007). Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1061–1068.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.



- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., et al. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545–553.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of Self-Esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 115-160). Academic Press: San Diego, California.
- Bosquet, M., & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18, 517–550.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation. Anxiety and danger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Appendix: Young children's internal working models of child and parents in the attachment relationship. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 300–305). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Brumariu, L. A., & Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22, 177-203.

- Bureau, J-F., Easterbrooks, M. A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development and Psychopathology*, 21, 519-537.
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121-134.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relation relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 228-249.
- Cassidy, J., & Marvin, R. S. (with the MacArthur Working Group on Attachment). (1992). *Attachment organization in three- and four-year-olds: Procedures and coding manual*. Unpublished manuscript, University of Virginia.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 74-85.
- Cole, P. M., Martin, A. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion Regulation as a Scientific Construct: Methodological Challenges and Directions for Child Development Research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., & Miller, N. B. (1991). Becoming a family: Marriage, parenting, and child development. In P. A. Cowan & E. M. Hetherington (Eds.), *Family transitions* (pp. 79-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dallaire, D. H., & Weinraub, M. (2007). Infant-mother attachment security and children's anxiety and aggression at first grade. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 477-492.
- DeOliveira, C. A., Bailey, A. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2004). Emotion Socialization as a Framework for Understanding the Development of Disorganized Attachment. *Social Development*, 13, 437-467.

- DiBartolo, P. M., & Grills, A. E. (2005). Who is best at predicting children's anxiety in response to a social evaluative task? A comparison of child, parent, and teacher reports. *Anxiety Disorders, 20*, 630-645.
- Finnegan, R. A., Hodges, E. V. E. & Perry, D. G. (1996). Preoccupied and avoidant coping during middle childhood. *Child Development, 67*, 1318-1328.
- Gamble, S. A., & Roberts, J. E. (2005). Adolescents' perceptions of primary caregivers and cognitive style: The roles of attachment security and gender. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 123-134.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. (1996). Coming of Age Too Early: Pubertal Influences on Girls' Vulnerability to Psychological Distress. *Child Development, 67*, 3386-3400.
- Goodyer, I. M. (2001). Life events: Their nature and effects. In I. M. Goodyear (Ed.), *The depressed child and adolescent* (2nd ed., pp. 204-232). New York: Cambridge University Press.
- Graham, C. A., & Easterbrooks, M. A. (2000). School-aged children's vulnerability to depressive symptomatology: The role of attachment security, maternal depressive symptomatology, and economic risk. *Development and Psychopathology, 12*, 201-213.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The Significance of Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. *Child Development, 83*, 591-610.
- Gullone, E., Ollendick, T. H., & King, N. J. (2006). The Role of Attachment Representation in the Relationship Between Depressive Symptomatology and Social Withdrawal in Middle Childhood. *Journal of Child and Family Studies, 15*, 271-285.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood Mood Disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 233-278). New York: Guilford Press.

- Hankins, B. L. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 645-671.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. Denver, CO: University of Denver.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self*. New York: Guilford Press.
- Harter, S., & Nowakowski, M. (1987). The Dimensions of Depression Profile for Children and Adolescents. Denver, CO: University of Denver.
- Jacobsen, T., Edelstein, W., & Hoffman, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 112-124.
- Kaplan, N., & Main, M. (1986). *Instructions for the classification of children's family drawings in terms of representation of attachment*. Berkeley: University of California.
- Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2000). A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 161-179.
- Kenny, M. (1987). The extent and function of parental attachment among first-year college students. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 17-27.
- Kenny, M. E., Moilanen, D. L., Lomax, R., & Brabeck, M. M. (1993). Contributions of parental attachments to view of self and depressive symptoms among early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 13, 408-430.
- Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. (1996). Peer Relationships and Preadolescents' Perceptions of Security in the Child-Mother Relationship. *Developmental Psychology*, 32, 457-466.
- Kerns, K. A., & Richardson, R. A. (2005). *Attachment in Middle Childhood*. New York: Guilford Press.

- Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 991-1006.
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory: Manual*. New York: Multi-Health Systems, Inc.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing Disorders in Childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63.
- Larson, R. W., Richards, M. H., Moneta, G., Holmbeck, G., & Duckett, E. (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology*, 32, 744-754.
- Linares Scott, T. J., Short, E. J., Singer, L. T., Russ, S. W., & Minnes, S. (2006). Psychometric properties of the Dominic Interactive Assessment: A Computerized Self-Report for Children. *Assessment*, 13, 16-26.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized Infant Attachment Classification and Maternal Psychosocial Problems as Predictors of Hostile-Aggressive Behavior in the Preschool Classroom. *Child Development*, 64, 572-585.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting context, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 667-697). New York: Guilford Press.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2012). Attachment and Internalizing Behavior in Early Childhood: A Meta-Analysis. *Developmental Psychology*, 1-18.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.



- Main, M., & Hesse, E. (1990). *Frightening, Frightened, Dissociated or Disorganized Behavior on the Part of the Parent: A coding System for Parent-Infant Interactions*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Manassis, K. (2001). Child-parent relations: Attachment and anxiety disorders. In W. K. Silverman & P. D. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp. 255-272). New York: Cambridge University Press.
- Manassis, K., Mendlowitz, S., & Menna, R. (1997). Child and parent reports of childhood anxiety: Differences in coping styles. *Depression and Anxiety*, 6, 62-69.
- Moss, E., Bureau, J-F., Cyr, C., & Mongeau, C. (2004). Correlates of Attachment at Age 3: Construct Validity of the Preschool Attachment Classification System. *Developmental Psychology*, 40, 323-334.
- Moss, E., Bureau, J.-F., St-Laurent, D., & Tarabulsy, G. M. (2011). Understanding disorganized attachment at preschool and school age: Examining divergent pathways of disorganized and controlling children. In J. Solomon, & C. George (Eds.), *Disorganized Attachment and Caregiving* (pp. 52-79). New York, Guilford Press.
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J-F., Tarabulsy, G.M., & Dubois-Comtois, K., (2005). Stability of Attachment During the Preschool Period. *Developmental Psychology*, 41, 773-783.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at Early School Age and Developmental Risk: Examining Family Contexts and Behavior Problems of Controlling-Caregiving, Controlling-Punitive, and Behaviorally Disorganized Children. *Developmental Psychology*, 40, 519-532.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23, 195-210.

- Moss, E., Parent, S., Gosselin, C., Rousseau, D., & St-Laurent, D. (1996). Attachment and teacher-reported behavior problems during the preschool and early school-age period. *Development and Psychopathology*, 8, 511-525.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development*, 69, 1390-1405.
- Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and Psychopathology*, 18, 425-444.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology*, 37, 863-874.
- Muris, P., Meesters, C., & Fijen, P. (2003). The Self-Perception Profile for Children: further evidence for its factor structure, reliability, and validity. *Personality and Individual Differences*, 35, 1791-1802.
- NICHD Early Child Care Research Network. (2001). Non-maternal care and family factors in early development: An overview of the NICHD Study of Early Child Care. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 22, 457-492.
- O'Connor, E., Bureau, J-F., McCartney, K., & Lyons-Ruth, K. (2011). Risks and outcomes associated with disorganized/controlling patterns of attachment at age three years in the National Institute of Child Health & Human Development Study of Early Child Care and Youth Development. *Infant Mental Health Journal*, 32, 450-472.
- Pezawas, L., Pezawas, Meyer-Lindenberg, A., Drabant, E. M., Verchinski, B. A., Munoz, K. E., Kolachana, B. S., Egan, M. F., Mattay, V. S., Hariri, A. R., & Weinberger, D. R. (2005). 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression. *Nature Neuroscience*, 8, 828-834.
- Piaget, J. (1972). Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.

- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedure for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods*, 36, 717-731.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.
- Roberts, J. E., Gotlib, I. H., & Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 310-320.
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-Esteem Development Across the Lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 158-162.
- Schniering, C. A., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20, 453-478.
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A., & Rapee, R. M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 131-143.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV: (Child and Parent versions)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Spangler, G., Johann, M., Ronai, Z., & Zimmermann, P. (2009). Genetic and environmental influence on attachment disorganization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 952-961.

- Valla J. P., Bergeron, L., & Smolla, N. (2000). The Dominic-R: A pictorial interview for 6- to 11-year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 85-93.
- Verschueren, K., Marcoen, A., & Schoefs, V. (1996). The Internal Working Model of the Self, Attachment, and Competence in Five-Year-Olds. *Child Development*, 67, 2493-2511.
- Waters, E. (1987). *Attachment Behavior Q-Set (Revision 3.0)*. Unpublished instrument, State University of New York at Stony Brook, Department of Psychology.
- Wichstrom, L. (1995). Harter's Self-Perception Profile for Adolescents: Reliability, Validity, and Evaluation of the Question Format. *Journal of Personality Assessment*, 65, 100-116.
- Wilkinson, R. B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 479-493.
- Wood, J. J. (2007). Academic competence in preschool: Exploring the role of close relationships and anxiety. *Early Education and Development*, 18, 223-242.
- Yunger, J. L., Corby, B. C., & Perry, D. G. (2005). Dimensions of Attachment in Middle Childhood. Dans K. Kerns & R. A. Richardson (Eds.). *Attachment in Middle Childhood*. New York: Guilford Press.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slaterry, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-466.
- Zdebik, M. A. (2013). *Predictive validity of behavioural inhibition and attachment: Influence on internalizing and externalizing behavioural problems in childhood and adulthood intolerance of uncertainty*. (Doctoral dissertation), Department of Psychology, Université du Québec à Montréal.

Zhao, X., Lynch, J.G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37, 197-206.



Table 1

Mean scores and standard deviations for outcome variables at preadolescence as a function of child attachment at preschool age

Variables	Insecure-organized (AC) (n = 15) <i>M (SD)</i>	Secure (B) (n = 43) <i>M (SD)</i>	Disorganized (D) (n = 10) <i>M (SD)</i>	ANOVA <sup>a</sup> <i>F (2,65)<sup>b</sup></i>	Post-hoc comparisons
Anxiety	3.88 (2.87)	3.37 (2.67)	6.43 (1.27)	4.37*	B vs. AC B vs. D* D vs. AC
Depression	3.31 (2.41)	3.24 (2.64)	6.86 (3.93)	5.46**	B vs. AC B vs. D** D vs. AC*
Self-Esteem	3.56 (0.56)	3.44 (0.41)	2.98 (0.55)	4.37*	B vs. AC B vs. D* D vs. AC*

Note: <sup>a</sup> Gender was used as a covariate in analyses pertaining to anxiety. <sup>b</sup> Degrees of freedom for anxiety are (2,64)\*  $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Table 2

*Mediation models for predicting anxiety and depression at preadolescence*

	$\Delta R^2$	$\Delta F$	(df)	$\beta$
<b>Anxiety</b>				
Step 1	.06	4.24*	(1,66)	
Gender				.25*
Step 2	.10	7.88**	(1,65)	
Self-Esteem				-.32**
Step 3	.09	7.21**	(1,64)	
Disorganized attachment				.30**
<b>Depression</b>				
Step 1	.26	23.01***	(1,66)	
Self-Esteem				-.51***
Step 2	.07	6.40*	(1,65)	
Disorganized attachment				.27*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

CHAPITRE III

DISORGANIZED AND CONTROLLING PATTERNS OF ATTACHMENT, ROLE-  
REVERSAL AND CAREGIVING HELPLESSNESS: LINKS TO ADOLESCENTS'  
EXTERNALIZING PROBLEMS

(ARTICLE 2)

**Disorganized and controlling patterns of attachment, role-reversal and caregiving  
helplessness: links to adolescents' externalizing problems**

Vanessa Lecompte & Ellen Moss

**Article publié dans *American Journal of Orthopsychiatry*, (2014), 84, 581-589.**

Université du Québec à Montréal, Département de Psychologie, Montréal, Canada.

This research was supported by grants from the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC). We thank Jean Bégin for his valuable assistance in the research project.

Correspondence concerning this article should be addressed to Vanessa Lecompte, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-ville, H3C 3P8, Montréal, Québec, Canada. Electronic Email may be sent to [lecompte.vanessa@courrier.uqam.ca](mailto:lecompte.vanessa@courrier.uqam.ca).

### Abstract

The aim of this study was to investigate longitudinal associations between attachment at early school-age and development of externalizing symptoms in adolescence. The mediating role of maternal helplessness and role-reversal was also examined. Attachment classifications of 136 children (63 boys and 73 girls) and quality of mother-child interactions (role-reversal) were observed at age 5-6 using the Separation-Reunion Procedure (Main & Cassidy, 1988). At age 13, externalizing problems reported by both the adolescent and the mother (YSR; Achenbach, 1991), and caregiving helplessness reported by the mother (Caregiving Helplessness Questionnaire; George, Coulson, & Magana, 1997) were evaluated. Results indicated that children with disorganized attachment to their caregiver evidenced the most maladaptive patterns in comparison to children with secure attachment, displaying high externalizing symptoms and having mothers reporting more helplessness. Significant differences found among the disorganized subtypes indicated that the controlling-punitive subgroup had more maladaptive patterns across variables than did the behaviorally disorganized and controlling-caregiving subgroups. These findings support the idea that early attachment, mother-child interaction quality and caregiving helplessness should be central themes in prevention and intervention programs with mother-child dyads.

**Keywords:** disorganized attachment; externalizing problems; caregiving helplessness; role reversal.



## Introduction

Attachment theory has provided a solid conceptual framework for understanding associations between children's early caregiving experiences and the development of subsequent behavior problems (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999). Attachment in children is defined as a long-lasting emotional bond that a child forms with a primary caregiver (Ainsworth, 1989). When children feel secure in their relationships with attachment figures, they perceive them as consistently available, sensitive and responsive to their needs. Children with a secure attachment relationship use their attachment figures as a secure base from which to explore their environment, and as a safe haven in times of need. Children form insecure relationships with attachment figures who show deficiencies in sensitivity and responsiveness which may initiate a risk trajectory that leads to maladaptation over time (Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsky, & Dubois-Comtois, 2005).

### *The parental caregiving system, parental interaction and child disorganized/controlling attachment*

Although much of attachment research has focused on the influence of parental sensitivity on the development of the attachment system, another important component of parenting is the caregiving system. The caregiving system is a biologically-based motivational system that guides a parent's protective responses to his or her child and influences parental sensitivity and responsiveness to the child's attachment needs (Solomon & George, 1999). Parenthood requires the caregiver to make a fundamental shift away from being the one who seeks protection and care from an attachment figure and towards becoming the person who provides protection and care for their child. This shift appears to be disrupted for mothers of disorganized children who appear helpless and fragile in the face of child distress, often fail to take the initiative in greeting or approaching the child and hesitate or move away from close contact with the child (Lyons-Ruth & Spielman, 2004). This psychological abdication of the caregiving role undermines the protective function of the attachment caregiving relationship leading to role-reversal (Bowlby, 1982; George & Solomon, 2011).

The quality of parent-child interaction during the preschool period necessarily encompasses both sensitivity and structural aspects of the parent-child relationship (Moss,

Rousseau, Parent, St-Laurent, & Saintonge, 1998). Caregivers guide their children in exploring emotions and thoughts, thereby assisting in the organization of child emotional experience, and by extension, the development of emotional and social abilities (Thompson, 2008). According to attachment theory, by preschool age, children with a secure attachment should be able to maintain a goal-corrected partnership with the caregiver that involves open emotional expression, negotiation and reciprocal control of behavior (Bowlby, 1982). This pattern is characterized by relaxed and enjoyable parent-child interactions, and the child uses the caregiver as a secure base from which to explore the environment. In comparison with secure children, children with an avoidant attachment show less coordination and close communication with the caregiver as well as greater affective neutrality, and physical avoidance. Conversations are less frequent, shorter, and focused on the play rather than on the relationship. Children with an ambivalent attachment show exaggerated emotional expression and immature or angry behavior. These children show resistance, conflict or excessive immaturity with the caregiver. Children with a disorganized attachment show contradictory or incoherent behavior in proximity to the caregiver such as simultaneous or successive approach and avoidance, disordered, incomplete, or undirected sequencing of movements, and confusion or apprehension. They seem unable to use the caregiver as a secure base for exploration and haven of safety. Between preschool and early school-age, approximately two-thirds of children earlier classified as disorganized assume a role-reversed relationship with their caregiver of a controlling-punitive or controlling-caregiving nature (Moss, Bureau, Cyr, Mongeau, & St-Laurent, 2004; Lyons-Ruth, Easterbrooks, & Cibelli, 1997). The controlling-caregiving attachment strategy is characterized by a child's focus on helpfully guiding, orienting, or cheering up the parent. The controlling-punitive strategy involves the child's manifestation of hostile, directive behavior with the caregiver that may include verbal threats or harsh commands. Approximately one-third of children earlier classified as disorganized do not show role-reversal but continue to display the contradictory behavior patterns described above (Moss, Bureau, St-Laurent, & Tarabulsky, 2011). The quality of emotional communication between mothers and children classified as disorganized or controlling is the most disrupted compared with that of other insecure groups (Moss et al., 2011).

*Child disorganization and the development of externalizing problems*

Externalizing behavior is a construct encompassing delinquent and aggressive behavior (Achenbach, 1991) which has been shown to have significant stability between childhood and adolescence (Masten et al., 2005). The high prevalence and severity of externalizing problems underscores the importance of investigating factors and processes that contribute to its development and maintenance (Guttmann-Steinmetz & Crowell, 2006). Early attachment experiences are thought to play a crucial role in the development of psychopathology because the emotional and behavioral regulatory patterns developed within the parent-child relationship influence how children interpret and express behaviors and emotions, particularly in stressful situations (Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012). Past research has shown that the secure child's capacity to be appropriately self-reliant and to negotiate interpersonal difficulties should engender a lower level of behavior problems than that shown by insecure peers (Easterbrooks, Davidson, & Chazan, 1993; Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004). In the case of externalizing problems, early insecure attachment experiences may not have supported the development of adequate child emotional and behavioral regulatory patterns.

Among the insecure attachment classifications, it is particularly the disorganized category that is most strongly associated with development of externalizing problems (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010; Groh et al., 2012). The literature is more inconsistent with respect to the level of risk associated with the insecure-organized group (children showing either avoidant or ambivalent attachment). However, in general, this group is midway between groups showing either secure or disorganized attachment (Goldberg, 1997). Longitudinal studies have shown that disorganization assessed either in infancy or at preschool age predicts externalizing problems in middle childhood and adolescence (Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). However, only a few studies have compared outcomes for the different disorganized subgroups, i.e. controlling-punitive, controlling-caregiving and behaviorally disorganized. Those studies have indicated that the controlling-punitive group may be at highest risk for externalizing problems during the middle childhood period (Bureau, Easterbrooks, & Lyons-Ruth, 2009; Dubois-Comtois, Moss, Cyr, & Pascuzzo, 2013; Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004; O'Connor, Bureau, McCartney,

& Lyons-Ruth, 2011). However, this is the first study to follow up these subgroups into the adolescent period.

*Role-reversal and caregiving helplessness as mediators of the association between disorganization and externalizing problems*

Although the longitudinal association between disorganization and externalizing problems is robust, we know little about the processes that may mediate this association. It is well-established that the parents' ability to manage the child's aggressive behavior while responding in an emotionally-attuned way is critical and is associated with lower levels of child externalizing problems (Denham et al., 2000). Both parental states of mind related to caregiving as well as parental behaviors such as respectful control and providing structure and organization play a role in parent's ability to help children manage aggressive impulses. With respect to parental states of mind, Bowlby (1982) suggested that the parent needs to feel stronger, in control of the relationship and assume a position of being older and more powerful than the child. Helpless parents may transfer some of the responsibility for their own well-being and may seek direct comfort from the child. Caregiving models in these mothers are thus inverted, i.e the mother is seeking comfort from the child instead of providing him or her protection and care (George & Solomon, 2011).

Mothers of disorganized/controlling children struggle with maintaining control over their child's behavior, providing protection, and maintaining appropriate support, guidance and limit setting (Sroufe & Ward, 1980). These deficiencies in parental childrearing have also been shown to predict child externalizing problems (George & Solomon, 2011). Mothers of controlling children have interactions with their children that are characterized by role-reversal. This pattern of child control over adults may be transferred to the school setting leading to problems with teachers and other school authorities. Because the mother is helpless in her caregiving state of mind, she may not be able to co-operate with the school in seeking help for the child but rather may perceive any criticism as confirming her own failure (Moss, Pascuzzo, & Simard, 2012).

Adolescence is a particularly stressful period during which hormonal changes and identity struggles are particularly challenging for the parent-child relationship (Collins, 1995).



Both internalized self-regulation dependent on the history of the parent-child relationship and parental limit-setting during the adolescent period are critical to preventing externalizing problems during this period. The absence of limit-setting by the parent adds new possibilities for delinquent behavior. Thus, both role-reversal and caregiving helplessness may mediate the developmental pathway from disorganization at early school age to externalizing problems at adolescence.

In summary, although some studies have found that insecure attachment, especially disorganized attachment, is a risk factor for externalizing problems (Fearon et al., 2010; Groh et al., 2012; van IJzendoorn et al., 1999), we know little about differences between the disorganized-controlling subgroups. Few studies have examined differential developmental correlates of disorganized subtypes. Although a few studies have compared externalizing behavior scores of children classified controlling-punitive, controlling-caregiving and behaviorally disorganized at early school age (Dubois-Comtois et al., 2013; Moss et al., 2004), no study has examined if these differences persist into adolescence. Moreover, no study has examined if the early behavioral role-reversal that characterizes dyads which include a child with an insecure-controlling attachment pattern is associated with a helpless caregiver state of mind in adolescence. Finally, although role-reversal within the dyad and caregiving helplessness may be important indicators of behavioral problems for the child, very few studies have assessed how these two variables are related to each other, to particular attachment patterns and to later adjustment (Macfie, Houts, McElwain, & Cox, 2005). As Fearon and his colleagues (2010) noted in their recent meta-analysis, there is a need for theory-driven studies that address mediating processes that explain the association between early disorganized attachment and later externalizing behaviors. This study potentially contributes to further development of clinical models for the prevention and treatment of externalizing difficulties.

#### *Objectives and hypotheses*

The first objective of this study was to examine differences in externalizing symptoms as reported by the adolescent and the mother among: 1) children who were classified with secure, insecure-organized and disorganized attachment patterns at 5-6 years of age, and 2) among children with each subtype of disorganized attachment. We expected that: 1) children with disorganized attachment would have higher levels of externalizing symptoms than



children with secure or organized-insecure attachment patterns and that: 2) children with controlling-punitive attachment would have higher levels of externalizing symptoms than those with behaviorally-disorganized and controlling-caregiving attachment. The second objective was to examine links between observed role-reversal at early school age and mother-reported caregiving helplessness at adolescence and externalizing behavior at adolescence. We expected significant associations between all three variables. The third objective was to compare mothers of children with different school-age attachment patterns on observed role-reversal at early school age and self-reported caregiving helplessness at adolescence. We expected that the disorganized group, and particularly the controlling-punitive group, would be higher than other groups on both measures. A fourth objective of this study was to test the potential mediating role of role-reversal and caregiving helplessness in any demonstrated associations between attachment and externalizing problem using path analyses.

## Method

### *Participants*

Participants in this study were mother-child dyads, who were part of an ongoing longitudinal project focused on developmental adaptation as a function of parent-child relationships. These participants were recruited through preschools in diverse socioeconomic areas of Montreal. Data on attachment classifications and on mother-child interactions (role-reversal) were collected when the children were between 5 and 6 years of age ( $M = 5.1$  years,  $SD = 12$  months) and the remaining measures used in this project were collected when the children were between 13 and 14 years of age ( $M = 13.4$  years,  $SD = 12$  months). Results of data collections at other time points (age 3, 8 and 11) have been previously published. Only subjects who had data at both times (age 5 and 13) were included in the current study. A total of 136 participants (73 girls, 63 boys) constituted the final sample. The current sample represents 60% of the original sample, which consisted of 236 mothers and their children. Analyses of variance and chi-square analyses on socio-demographic variables revealed that the attrition sample did not differ from the original sample on any background measures (gender, maternal education, family income, and marital status).

In this final sample, 9% of families had an income level under CAD\$ 20,000\$, 28% earned between CAD\$ 20,000 and CAD\$ 50,000, and 63% earned CAD\$ 50,000 or more. The dollar amounts were assessed in 1998. Concerning maternal education, 19% had a high school degree or less, 17% had a college degree and 64% a university degree. Regarding family structure, 41% of the children were living in a single-parent family, while 59% were living with both parents.

### *Procedure*

Children and their mothers were followed from the preschool period through adolescence. For the current study, attachment and mother-child interactions (i.e. role-reversal) were measured during a laboratory session when children were between 5 and 6 years of age, and the questionnaires regarding externalizing problems and caregiving helplessness were completed during a laboratory session when the children were between 13 and 14 years of age. At both times, consent forms were explained in detail and signed by the mothers and adolescents.

### *Instruments*

*Attachment classifications.* Because our sample spanned the early school-age period, the Separation-Reunion Procedure by Main and Cassidy (1988) was administered. This procedure for older children included two separations and two reunions. On arrival at the laboratory, mothers and children participated in an interactive play period (20 min) followed by a separation (approximately 45 min) during which the child completed other tasks with an experimenter while the mother completed questionnaires in another room. Following the separation, mothers were told to rejoin the child but received no specific instructions concerning the reunion. After the 5 min reunion period, the mother and child remained in the room for a 10 min snack-time. A second 30 min separation and 5 min reunion period (structured like the first) then took place. The child's attachment classification was given on the basis of behavior observed during both reunion periods.

The secure (B) pattern is characterized by relaxed and enjoyable interactions. The child uses the caregiver as a secure base from which to explore the environment. The avoidant (A)

pattern is characterized by affective and physical avoidance of the parent. Conversations that take place are often short and focused on the play rather than on the relationship. The child appears to maintain affective neutrality with the caregiver. The ambivalent (C) pattern is characterized by resistance, conflict or excessive immaturity with the caregiver. The child may follow the parent around the room or want to be held. The behaviors often interfere with the child's exploration. Children are classified disorganized (D) if they seem unable to use the caregiver as a secure base for exploration. Children may display disordered, incomplete, or undirected sequencing of movements, and some confusion or apprehension. Children classified as controlling-punitive use hostile and directive behavior with the caregiver that may include harsh commands, verbal threats and occasional physical aggression towards the parents. Children classified as controlling-caregiving direct the parent's activities and conversational exchanges by structuring interactions in a helpful and emotionally positive manner. The controlling-caregiving child seems motivated to orient or protect the parent by being excessively cheery, helpful or polite, whereas the controlling-punitive child's interactions with the parent seem designed to humiliate him or her into submission through initiation of hostile and aggressive interactions (Moss et al., 1998).

The tapes were coded by two coders trained by R. Marvin and achieved reliability with him on a separate sample of tapes. For this project, inter-rater reliability was calculated on 35% of the tapes with a kappa coefficient of .86, indicating an excellent agreement between the coders. Separation-reunion classifications for the sample were as follows: 52% were secure (31 boys, 39 girls); 26% insecure-organized (16 boys, 19 girls); 8% behaviorally disorganized (5 boys, 6 girls); 7% controlling-punitive (6 boys, 4 girls) and 7% controlling-caregiving (5 boys, 5 girls).

*Mother-child interactions.* Coders rated the quality of mother-child interaction from videotape during snacktime, which occurred during the 5-6 years laboratory visit. An overall scale and eight 6 points subscales were used to capture the following aspects of parent-child interactions (coordination, communication, dyadic structure, emotional expression, responsivity/sensitivity, tension/relaxation, mood, enjoyment and overall), with higher scores considered more optimal (Moss et al., 1998). Based on theoretical hypotheses, the dyadic structure subscale (appropriate parent-child role assumption to pattern of role-reversal) was

used in this project. Snacktime tapes were evenly divided among three observers (blind to any family information or attachment classification). Interrater reliability calculated on 30 % of sample cases ranged from 0.62 to 0.84 for subscale ratings and from 0.78 to 0.84 for the overall rating.

*Maternal helplessness in caregiving.* Mothers completed the Caregiving Helplessness Questionnaire (George, Coulson, & Magana, 1997) when their children were 13 years of age. This questionnaire consists of 45 items, including 6 filler questions. The items are general statements reflecting the degree of helplessness that a mother feels in her parenting role. Examples of items are: «When I am with my child, I often feel out of control», « I often feel that there is nothing I can do to discipline my child» and «I feel that I am a failure as a mother». Items were originally developed based on a factor analysis of caregiving interviews (George & Solomon, 1999) which yielded a clear helplessness factor. The alpha for this scale is ( $\alpha = .88$ ). Mothers are instructed to evaluate the extent to which each item is characteristic of their own relationship with their child on a 5-point scale ranging from not at all characteristic to very characteristic. This assessment has demonstrated good reliability and adequate validity (Béliveau & Moss, 2005).

*Adolescent externalizing problems.* Mothers and their adolescents completed the Youth Self-Report (YSR; Achenbach, 1991) questionnaire when the adolescents were 13 years of age. This questionnaire contains 112 items reflecting a broad range of children's behavioral/emotional problems. The YSR generates a total problems score as well as scores on nine subscales; withdrawn, somatic complaints, anxious/depressed, social problems, thought problems, attention problems, delinquent behavior, aggressive behavior, and other problems. The addition of the delinquent behavior and aggressive behavior subscales yields an externalizing score, while the addition of withdrawn, somatic complaints and anxious/depressed subscales yields an internalizing score. In our study, the externalizing scale was used to measure externalizing problems.

*Sociodemographic Questionnaire.* This questionnaire assessed the mother's demographic information about herself and the family including gender, age, income, marital status and level of education.

## Results

### *Preliminary analyses*

Preliminary analyses were undertaken in order to identify possible covariates (maternal education, family income, marital status, gender and age of the child) related to the variables of interest, i.e. attachment, role-reversal, maternal helplessness and externalizing problems. Analyses of variance revealed no significant differences on socio-demographic variables as a function of attachment ( $F$ s between .11 and 1.85, for family income, maternal education, marital status and child age). Correlation analyses revealed no significant associations between socio-demographic variables and other variables of interest, i.e. caregiving helplessness, role-reversal, and mother or adolescent-reported externalizing problems ( $r$ s between -.01 and -.15).

Results of a chi-square analysis revealed no significant differences in attachment classification as a function of gender,  $\chi^2 (5, n = 136) = 0.80$ , n.s. Moreover, no gender differences were found for externalizing problems reported either by the adolescent or the mother ( $F$ s = .50 and .35, respectively). Therefore, no control variables were used in subsequent analyses. Given the low correlation between mother and adolescent reports of externalizing problems, ( $r = .32$ ) data from each reporter were analyzed separately. Correlation coefficients for all continuous variables are presented in Table 1.

---

Table 1

---

### *Comparisons of outcomes for secure, insecure-organized and disorganized children*

A first set of ANOVAs followed by post-hoc analyses (Tukey) examined differences between the secure, insecure-organized and disorganized groups on externalizing problems reported by the adolescent. Results showed that levels of externalizing problems varied significantly as a function of early attachment classifications. Post-hoc comparisons indicated that children classified disorganized at early school-age showed higher levels of externalizing symptoms at adolescence than the secure group. No other comparisons were significant. The



same set of analyses was executed using mother-reported externalizing behaviors as the dependent variable and showed no differences as a function of attachment. Table 2 displays means, standard deviations,  $F$  values, and post-hoc comparisons for the above analyses.

Correlation analyses examined the link between early-role-reversal and caregiving helplessness, and examined if these variables were related to externalizing problems. Results indicated a significant association between role-reversal and caregiving helplessness ( $r = -.17, p < .05$ ). These two variables were both related to later externalizing problems reported by the adolescent and the mother ( $r$ s between  $-.16$  and  $.35$ ). A second set of ANOVAs followed by post-hoc analyses (Tukey) was then executed to examine differences between the three attachment groups on role-reversal and caregiving helplessness. Results revealed that all three attachment groups differed from each other on role-reversal, with secure children showing the least role-reversal and disorganized children showing the most role-reversal in their interactions with the mother. Insecure-organized children had a mean score in between the two other groups. Results also showed a marginal difference between mothers of children classified disorganized and secure at early school-age on the caregiving helplessness questionnaire. Table 2 displays means, standard deviations,  $F$  values, and post-hoc comparisons for these analyses.

---

Table 2

---

*Comparisons of outcomes among the three disorganized subtypes*

A second set of ANOVAs with post-hoc comparisons (Tukey) examined differences on externalizing symptoms among the three disorganized subtypes (behaviorally-disorganized, controlling-punitive and controlling-caregiving). Analyses were executed first for adolescent-reported problems and then for mother-reported problems. Results indicated that levels of externalizing problems varied significantly as a function of disorganization subtype such that children who had been classified controlling-punitive at early school-age reported higher levels of adolescent externalizing symptoms than the other D subgroups. The same set of analyses executed using mother-reported externalizing symptoms revealed no significant differences. Table 3 displays means, standard deviations, *F* values, and post-hoc comparisons for these analyses.

A similar set of analyses was performed to examine differences between the three disorganized subgroups on role-reversal and maternal helplessness. Results showed no significant group differences for role-reversal. Results also revealed that mothers of children who had been classified as controlling-punitive reported feeling more helpless than mothers of controlling-caregiving children. Table 3 displays means, standard deviations, *F* values, and post-hoc comparisons for these analyses.

---

Table 3

---

*Mediating role of early role-reversal and maternal helplessness in the longitudinal association between controlling-punitive attachment and externalizing problems at adolescence*

Given the significant associations between controlling-punitive attachment, caregiving helplessness, role-reversal and adolescent reported externalizing problems, a path analysis was then executed testing the mediating role of early role-reversal and caregiving helplessness in the association between controlling-punitive attachment and externalizing problems reported by the adolescent.

In order to execute the path analysis, a hierarchical regression with externalizing problems reported by the adolescent as the dependent variable was conducted with maternal helplessness entered in Step 1, role-reversal entered in Step 2, and controlling-punitive attachment in Step 3. Results showed that controlling-punitive attachment remained a significant predictor of externalizing problems,  $\Delta R^2 = .28$ ,  $F(1,132) = 18.48$ ,  $p < .001$ ,  $\beta = .33$ , even after taking into account the variance explained by maternal helplessness  $\Delta R^2 = .14$ ,  $F(1,134) = 22.78$ ,  $p < .001$ ,  $\beta = .26$  and role-reversal  $\Delta R^2 = .19$ ,  $F(1,133) = 16.79$ ,  $p < .01$ ,  $\beta = -.17$  which were also significant predictors. The significance of the model was then tested using the Preacher and Hayes' (2004) bootstrap methodology. For the first mediator (maternal helplessness), results showed an indirect effect of 0.407 and a bias-corrected bootstrap 95% CI: {.206, .687}. For the second mediator (role-reversal), results showed an indirect effect of -1.638 and a bias-corrected bootstrap 95% CI: {-2.752, -.512}. Because the zero is not included in the confidence interval for both mediators, the model is significant. The Sobel test was then executed to verify that the decrease in the effect of controlling-punitive attachment on later externalizing problems via maternal helplessness and role-reversal is significant. The test confirms the presence of partial mediation, where the  $r$  of the controlling-punitive attachment variable went from .46 (before adding mediators to the model) to .31 (after including the two mediators in the model). There is therefore a significant decrease of the effect  $Z = 2.76$ ,  $p = .006$ . Maternal helplessness and role-reversal are thus partial mediators of the association between controlling-punitive attachment and externalizing problems reported by the adolescent.

---

Figure 1

---

## Discussion

This is the first study to examine the association between early school-age attachment and externalizing problems assessed in adolescence. Results of this study also extend our understanding of mediating pathways between attachment and later externalizing symptoms. We found that adolescents who had been classified as disorganized at early school-age showed higher self-reported externalizing symptoms than those classified secure. The disorganized group was also more likely than other groups to have mother-child interactions at early school-age characterized by role-reversal. Mothers of children who had been classified disorganized were also more likely to report feeling helpless in their caregiving role at adolescence. Among the disorganized subgroups, children earlier classified as controlling-punitive were the most at risk for both adolescent self-reported externalizing symptoms and maternal helplessness. Moreover, analyses identified early role-reversal and caregiving helplessness at adolescence as partial mediators of the association between early controlling-punitive attachment and externalizing symptoms reported by the adolescent. These findings, which support theoretical developmental links between attachment and development of externalizing symptoms, are discussed in greater detail below.

Our finding of a longitudinal association between disorganized, more precisely, controlling-punitive attachment at early school-age and development of externalizing symptoms extend results of previous studies with outcome measures in middle childhood to the adolescent period (Dubois-Comtois et al., 2013; Moss et al., 2004). Adolescence is a critical period in that externalizing problems may influence adaptation in important spheres of development (eg. vocational, friendship and intimacy). In the school setting, a large proportion of adolescents with externalizing problems are placed in special education classes which are markers of a risk trajectory of academic underachievement and association with deviant peers (Hinshaw, 1992). If untreated, externalizing difficulties can lead to substance abuse, delinquency or, in more extreme cases, relational aggression (Dodge & Pettit, 2003). Identifying the etiology of externalizing difficulties in adolescence can help prevent this problem and therefore prevent the associated consequences. Results of our path analysis suggest that children with controlling-punitive attachment are more at risk for externalizing problems than other children because of the poor quality of their interactions with the parent.

The controlling-punitive child's interactions with the caregiver seem designed to humiliate the parent into submission through initiation of hostile and aggressive interactions (Moss et al., 2004). If these interactions are transposed to other settings, such as in school and with peers, it is likely that these children will replicate the interactive pattern that they used with the parent, leading to a generalized pattern of hostility and aggression.

Results of this study supported our hypothesis that mother-child interactions characterized by role-reversal at early school-age are significantly related to maternal-reported helplessness at adolescence. Although previous studies have linked disorganization and role-reversal, this is the first study to link role-reversal, a behavioral measure, to maternal helplessness, a state of mind construct. Role-reversal characterizes dyads where the child leads the interactions with the mother in a controlling manner (either punitive or caregiving) in order to compensate or overcome the mother's underinvolvement in caregiving. Caregiving helplessness refers to a state of mind where the mother perceives her child as out of control and is somehow overwhelmed by parenting, thus leaving her unable to assume her caregiving role. This is the first study to demonstrate that mothers who were unable to assume their role as a parent when the children were 5-6 years old still report feelings of helplessness eight years later. Parental helplessness might be particularly detrimental at adolescence, when parental monitoring is critical in preventing difficulties such as externalizing problems. Parental monitoring refers to a set of parental behaviors involving attention to and tracking of the child's whereabouts, activities and adaptation as well as limit setting. It acknowledges and promotes a natural hierarchy in the parent-child relationship, in which the adult assumes leadership (Dishion & McMahon, 1998). Caregiving helplessness in adolescence was most characteristic of mothers of children who showed controlling-punitive (rather than controlling-caregiving) attachment to them at early school-age. Because controlling-caregiving children control the parent in a helpful or positive manner, these parents might feel perfectly comfortable in their relationship and feel that their child is nice and can easily be managed. On the other hand, the behavior of controlling-punitive children is disruptive and less positive, which might leave the parent in a helpless state when facing the child's behavior.

This is the first study to demonstrate that early role-reversal and caregiving helplessness acted as partial mediators of the association between controlling-punitive



attachment and externalizing problems reported by the adolescent. These results suggest that dyadic factors play an important role in the explanation of externalizing behavior problems in adolescence. They also have important implications for intervention models. Intervention models should target both the behavioral dynamics of the mother-child relationship as well as psycho-social underpinnings related to maternal state of mind at early school age (when role-reversal is manifest) as well as at adolescence. Maternal helplessness not only contributes to the development of aggressive child behavior but exacerbates it in that these mothers are unlikely to work with the school in getting help for their children. Because our study was limited in not including measures of role-reversal and helplessness at both developmental periods, it is impossible to know whether behavioral dynamics and states of mind are concurrently linked at each developmental period and would thus be equally important targets of intervention. However, it is likely that intervention on both levels earlier and later, given the particular challenges of adolescence, would be beneficial in attenuating the risk trajectory for children displaying a controlling-punitive attachment pattern.

Because role-reversal and caregiving helplessness acted as partial mediators of the association between controlling-punitive attachment and later externalizing difficulties, it is important to consider other variables that may also contribute to the association. Factors inherent to the child are known to be related to externalizing problems, such as temperament and emotion regulation (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Oldehinkel, Hartman, De Winter, Veenstra, & Ormel, 2004). Maternal psychosocial factors such as depression and demographic risk are also known to be related to externalizing difficulties (Lyons-Ruth, Easterbrooks, & Cibelli, 1997). Future studies should test these variables as potential mediators or moderators of risk. Our findings illustrate how focusing on factors associated with the dyad and not only on the mother or the child separately will best explain developmental psychopathology, as suggested by Fearon and colleagues (2010).

Interestingly, in this study, significant results were obtained with the adolescent report of externalizing problems, and not with the mother report. Two explanations are possible. First, it is possible that mothers of controlling-punitive children do not have a very accurate perception of their relationship with their child. If these mothers let the child take control of the relationship, they probably don't view child hostile and controlling behavior as problematic

or feel too helpless in their caregiving role to do anything about it. A second explanation might be that adolescents don't spend as much time with their mothers as in childhood, and mothers might not be aware of their children's externalizing symptoms if these behaviors are shown more with peers or in school settings.

We would like to note certain limitations of the present study. This sample was composed of relatively few high-risk children, which possibly contributes to reducing the strength of associations between disorganized attachment and outcomes. In that sense, further studies are needed to replicate these findings with higher risk samples. Moreover, studies are needed to replicate these findings with a larger sample size in order to have more children in each disorganized subgroup, thus enhancing statistical power. It is possible that a lack of statistical power may have contributed to some of the null findings and the partial mediations. It is also possible that these variables were simply not related to each other, even with sufficient statistical power. Replication with larger samples is warranted. Another limitation of this study is not having measures of role-reversal and caregiving helplessness at both early childhood and adolescence. However, the fact that the measures we used were theoretically and empirically correlated suggests continuity in the construct. Finally, given that our study did not include attachment measures after 5-6 years of age, no conclusions can be made regarding the adolescent's current attachment status and externalizing problems.

In conclusion, results of this study make a significant contribution in our understanding of the longitudinal association of disorganized attachment and externalizing problems. Our results expand those of previous studies by examining the influence of early disorganized subtypes beyond the middle childhood period. Our longitudinal design and our breakdown of the three disorganized subtypes represent strengths of the present study. In addition, our study contributes to furthering understanding of variables that may explain the association between disorganized/controlling attachment and behavior problems. Results demonstrate that mother-child interactions characterized by role-reversal and caregiving helplessness are central variables associated with attachment disorganization, and play a crucial role in its association with externalizing problems. On a clinical level, the early school-age period appears to be an important point for assessing outcome differences among subtypes of disorganization. By the end of the preschool period, the controlling patterns become more consolidated and strategies

become more coercive (Crittenden, 1992; Moss et al., 2005). Early intervention with mother-child dyads during this developmental period may promote more adaptive attachment behaviors that could subsequently change the developmental trajectory of these «at-risk» children. Moreover, a special focus might be on improving mother-child interactions, as we know now that disorganized children are likely to have interactions that are characterized by role-reversal. In addition, these findings point to the need to work with mothers to help them with their role as a parent in order to prevent caregiving helplessness, which we know now, along with role-reversal, plays an important role in explaining the association between disorganized/controlling attachment and externalizing problems in adolescence. These findings will be important for future prevention and intervention efforts.

## References

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Béliveau, M.-J., & Moss, E. (2005). Validation du projectif de l'attachement adulte (AAP) : Contribution aux validités convergente et divergente du projectif de l'attachement adulte. *Revue internationale de l'éducation familiale*, 9, 29-50.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment*. New York: Basic Books.
- Bureau, J-F., Easterbrooks, M. A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development and Psychopathology*, 21, 519-537.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488.
- Collins, W. A. (1995). Relationships and development: Family adaptation to individual change. In S. Shulman (Ed.), *Close relationships and socioemotional development* (pp. 128-154). New York: Ablex.
- Crittenden, P. M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4, 209-241.
- Denham, S. A., Workman, E., Cole, P. M., Weissbrod, C., Kendziora, K. T., & Zahn-Waxler, C. (2000). Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. *Development and Psychopathology*, 12, 23-45.

- Dishion, T. J., & McMahon, R. J. (1998). Parental Monitoring and the Prevention of Child and Adolescent Problem Behavior: A Conceptual and Empirical Formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 61-75.
- Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A Biopsychosocial Model of the Development of Chronic Conduct Problems in Adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349 -371.
- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., & Pascuzzo, K. (2013). Behavior Problems in Middle Childhood: The Predictive Role of Maternal Distress, Child Attachment, and Mother-Child Interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*. doi: 10.1007/s10802-013-9764-6.
- Easterbrooks, M. A., Davidson, C. E., & Chazan, R. (1993). Psychosocial risk, attachment, and behavior problems among school-aged children. *Development and Psychopathology*, 5, 389-402.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A-M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435-456.
- George, C., Coulson, W., & Magana, L. (1997). Mother Helplessness Scale. Unpublished manuscript. Mills College, Oakland, CA.
- George, C. & Solomon, J. (1999). Attachment and Caregiving: The Caregiving Behavioral System. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds), *Handbook of Attachment : Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 649-670). New York: The Guilford Press.
- George, C., & Solomon, J. (2011). Caregiving Helplessness: The Development of a Screening Measure for Disorganized Caregiving. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Disorganized Attachment and Caregiving* (pp. 133-166). New York: The Guilford Press.



- Goldberg, S. (1997). Attachment and childhood behavior problems in normal, at-risk and clinical samples. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and Psychopathology* (pp. 171-195). New York: Guilford Press.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The Significance of Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 83, 591-610.
- Guttman-Steinmetz, S., & Crowell, J. A. (2006). Attachment and Externalizing Disorders: A Developmental Psychopathology Perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 440-451.
- Hinshaw, S. P. (1992). Academic Underachievement, Attention Deficits, and Aggression: Comorbidity and Implications for Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 893-903.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M. A., & Cibelli, C. D. (1997). Infant Attachment Strategies, Infant Mental Lag, and Maternal Depressive Symptoms: Predictors of Internalizing and Externalizing Problems at Age 7. *Developmental Psychology*, 33, 681-692.
- Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25, 318-335.
- Macfie, J., Houts, R. M., McElwain, N. L., & Cox, M. J. (2005). The Effect of Father-Toddler and Mother-Toddler Role Reversal on the Development of Behavior Problems in Kindergarten. *Social development*, 14, 514-531.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predicted from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradovic, J., Riley, J. R., et al. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology*, 41, 733-746.

- Moss, E., Bureau, J-F., Cyr, C., Mongeau, C., & St-Laurent, D. (2004). Correlates of Attachment at Age 3: Construct Validity of the Preschool Attachment Classification System. *Developmental Psychology*, 40, 323-334.
- Moss, E., Bureau, J-F., St-Laurent, D., & Tarabulsy, G. M. (2011). Understanding Disorganized Attachment at Preschool and School Age: Examining Divergent Pathways of Disorganized and Controlling Children. In J. Solomon & C. George (Eds), *Disorganized Attachment and Caregiving* (pp. 52-79). Guilford Press, New York.
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J-F., Tarabulsy, G. M., & Dubois-Comtois, K., (2005). Stability of Attachment During the Preschool Period. *Developmental Psychology*, 41, 773-783.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at Early School Age and Developmental Risk: Examining Family Contexts and Behavior Problems of Controlling-Caregiving, Controlling-Punitive, and Behaviorally Disorganized Children. *Developmental Psychology*, 40, 519-532.
- Moss, E., Pascuzzo, K., & Simard, V. (2012). Treating Insecure and Disorganized Attachments in School-aged Children. In K. Nader (Ed.), *School Rampage Shootings and Other Youth Disturbances: Early Preventive Interventions* (pp.127-157). Taylor & Francis.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development*, 69, 1390-1405.
- O'Connor, E., Bureau, J-F., McCartney, K., & Lyons-Ruth, K. (2011). Risks and outcomes associated with disorganized/controlling patterns of attachment at age three years in the National Institute of Child Health & Human Development study of early child care and youth development. *Infant Mental Health Journal*, 32, 450-472.
- Oldehinkel, A. J., Hartman, C. A., De Winter, A. F., Veenstra, R., & Ormel, J. (2004). Temperament profiles associated with internalizing and externalizing problems in preadolescence. *Development and Psychopathology*, 16, 421-440.

- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedure for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods*, 36, 717-731.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 3-32). New York, NY: Guilford Press.
- Sroufe, A. L., Carlson, E., Levy, A., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.
- Sroufe, A. L., & Ward, M. J. (1980). Seductive behavior of mothers of toddlers: Occurrence, correlates, and family origins. *Child Development*, 51, 1222-1229.
- Thompson, R. A. (2008). *Early attachment and later development: Familiar questions, new answers*. New York: Guilford Press.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-250.

Table 1

*Pearson correlations for study variables (N=136)*

Variables	1	2	3	4
1. Externalizing problems (self-report)	—	.32**	.35**	-.28**
2. Externalizing problems (mother report)		—	.30**	-.16*
3. Maternal Helplessness in caregiving			—	-.17*
4. Role-reversal scale <sup>a</sup>				—

<sup>a</sup> A lower score indicates more role-reversal\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

Table 2

Post-Hoc comparisons of adolescent and mother reports of externalizing problems, role structure and caregiving helplessness as a function of attachment at early school-age

Variables	Attachment status				ANOVA	Post-hoc comparisons (Tukey)
	Insecure-organized (A-C) (n = 35) <i>M (SD)</i>	Secure (B) (n = 70) <i>M (SD)</i>	Disorganized (D) (n = 31) <i>M (SD)</i>	<i>F</i>		
Externalizing (adolescent self-report)	17.24 (9.28)	15.45 (7.60)	20.35 (12.32)	3.01*		B vs. AC B vs. D* D vs. AC
Externalizing (mother report)	9.47 (6.57)	6.80 (7.14)	8.57 (6.30)	2.07		B vs. AC B vs. D D vs. AC
Role structure <sup>a</sup>	4.03 (1.20)	4.96 (1.09)	3.12 (1.30)	26.02***		B vs. AC*** B vs. D*** D vs. AC**
Caregiving helplessness	43.37 (9.72)	40.80 (7.78)	44.92 (8.53)	2.81†		B vs. AC B vs. D† D vs. AC

<sup>a</sup> A lower score indicates more role-reversal

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

†  $p < .06$



Table 3

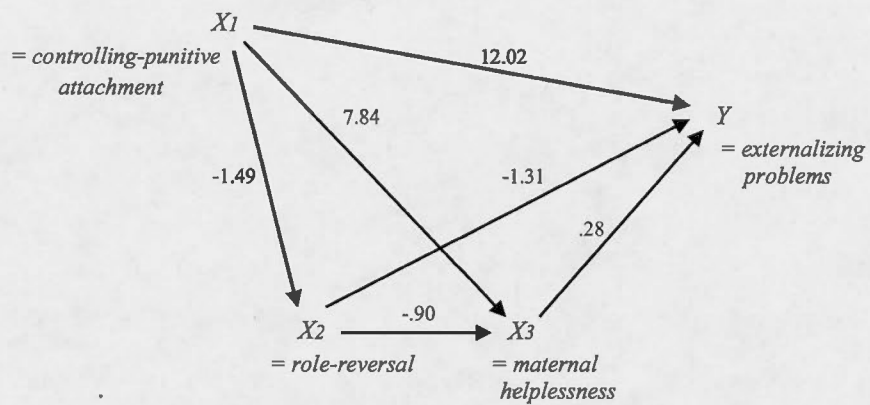
Post-Hoc comparisons of adolescent and mother reports of externalizing problems, role structure and caregiving helplessness as a function of disorganization subtypes at early school-age

Variables	Attachment status				ANOVA <i>F</i>	Post-hoc comparisons (Tukey)
	Behaviorally disorganized (BD) ( <i>n</i> = 11) <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Controlling-punitive (CP) ( <i>n</i> = 10) <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Controlling-caregiving (CC) ( <i>n</i> = 10) <i>M</i> ( <i>SD</i> )			
Externalizing (adolescent self-report)	11.67 (2.80)	31.67 (12.02)	14.89 (9.32)		10.41**	BD vs. CP** BD vs. CC CP vs. CC**
Externalizing (mother report)	7.20 (5.45)	11.14 (8.15)	8.33 (5.59)		.61	BD vs. CP BD vs. CC CP vs. CC
Role structure <sup>a</sup>	3.40 (1.52)	3.00 (1.50)	3.44 (.88)		.30	BD vs. CP BD vs. CC CP vs. CC
Caregiving helplessness	43.67 (6.98)	50.89 (9.16)	45.00 (8.71)		4.81*	BD vs. CP BD vs. CC CP vs. CC*

<sup>a</sup> A lower score indicates more role-reversal

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Figure 1. Path analysis model using unstandardized coefficients



CHAPITRE IV  
DISCUSSION GÉNÉRALE

## DISCUSSION GÉNÉRALE

### 4.1 Résultats généraux

Cette thèse est la première à examiner le lien entre l'attachement pendant l'enfance, l'estime de soi et les symptômes intériorisés à la préadolescence. Il s'agit également de la première étude à examiner l'attachement durant l'enfance, le renversement de rôle, l'impuissance maternelle et les symptômes extériorisés à l'adolescence. Le devis longitudinal de cette recherche, qui couvre une période de 8 ans, amène une perspective riche à l'étude de l'attachement et des problèmes de comportements. De manière générale, les résultats de la première étude suggèrent que: 1) l'attachement désorganisé à l'âge préscolaire est lié aux symptômes d'anxiété et de dépression à la préadolescence; 2) l'attachement désorganisé est lié à une faible estime de soi 8 ans plus tard; et 3) l'estime de soi agit comme médiateur partiel du lien entre l'attachement désorganisé à l'âge préscolaire et les symptômes de dépression à la préadolescence. Les résultats de la deuxième étude suggèrent que: 1) l'attachement désorganisé, et plus particulièrement de type contrôlant-punitif en début d'âge scolaire, est associé aux symptômes extériorisés à l'adolescence rapportés par l'adolescent; 2) les interactions mère-enfant caractérisées par le renversement de rôle en début d'âge scolaire sont liées à l'impuissance maternelle et aux symptômes extériorisés à l'adolescence. Ces deux dernières variables sont aussi significativement liées entre elles; 3) les mères d'enfants classifiés contrôlant-punitifs à 5 ans rapportent davantage de sentiments d'impuissance maternelle que les autres mères à l'adolescence; et 4) le renversement de rôle et l'impuissance maternelle agissent comme médiateurs partiels du lien entre l'attachement contrôlant-punitif et les symptômes extériorisés 8 ans plus tard. En général, les résultats des deux études appuient un modèle longitudinal à l'intérieur duquel l'attachement désorganisé/contrôlant-punitif à l'enfance est associé au développement de problèmes de comportements entre 11 et 13 ans, et suggèrent que certaines variables individuelles, interactionnelles et parentales sont impliquées dans cette association.

#### 4.2 Revue des résultats de l'article 1

Les résultats du premier article supportent l'hypothèse que les enfants ayant un attachement désorganisé à l'enfance rapportent davantage de symptômes d'anxiété et de dépression, ainsi qu'une estime de soi plus faible que leurs pairs à la préadolescence. L'hypothèse selon laquelle l'estime de soi serait impliquée dans l'association entre la désorganisation et les problèmes intériorisés est en partie confirmée. Ces résultats suggèrent que l'association entre les symptômes dépressifs à 11 ans et l'attachement désorganisé à 3 ans est, en partie, due à une faible estime de soi. Dans l'ensemble, nos résultats longitudinaux contribuent de manière importante à la littérature en établissant un lien entre un attachement désorganisé à l'âge préscolaire et les problèmes intériorisés à la préadolescence. La majorité des études ayant étudié l'anxiété et la dépression séparément, plutôt qu'en termes de problèmes intériorisés de façon plus générale, se concentrent surtout sur l'enfance et très peu vont au-delà de cette période (Brumariu & Kerns, 2010). Nous interprétons nos résultats en suggérant que les symptômes dépressifs à 11 ans associés à un attachement désorganisé à 3 ans sont développés en partie dû à une faible estime de soi. Pour les symptômes d'anxiété, il semble que ce soit plutôt l'effet cumulatif de l'attachement désorganisé et de l'estime de soi qui mène à ces symptômes. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à tester ces associations sur une période de 8 ans.

Nos résultats, qui proposent que l'attachement désorganisé à l'âge préscolaire est lié aux symptômes d'anxiété et de dépression 8 ans plus tard, suggèrent que les stratégies qui sont intériorisées par l'enfant dès son plus jeune âge auront possiblement un impact sur son développement ultérieur. L'idée selon laquelle les enfants ayant un attachement désorganisé sont sujets au développement de problèmes intériorisés est confirmée par ces résultats. Puisqu'il est avancé que ces enfants se perçoivent potentiellement comme impuissants et fragiles face aux situations stressantes, et qu'ils peuvent percevoir leur donneur de soins comme incapable de les protéger, ceci peut les rendre vulnérables aux symptômes intériorisés (Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent, & Saintonge, 1998). En se basant sur ce modèle théorique, nous interprétons ces résultats en suggérant que les enfants ayant un attachement désorganisé n'ont possiblement pas été en mesure de développer des stratégies de régulation



émotionnelle adéquates pour faire face aux situations stressantes. De plus, nous émettons l'hypothèse que ces enfants ne peuvent se fier au parent pour les aider à réguler leur détresse, puisqu'ils perçoivent ce dernier comme source de protection, mais à la fois comme source de peur. En n'ayant pas de stratégie organisée pour faire face aux situations potentiellement stressantes, ces enfants deviennent ainsi vulnérables aux problèmes d'adaptation en se sentant incapables de les surmonter ou d'y faire face adéquatement (Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004). Ceci est hypothétique et devra être corroboré par des données empiriques. Dans le cas de la présente étude, il est suggéré que ce sentiment d'impuissance et le manque potentiel d'outils pour gérer le stress peut possiblement contribuer au développement de symptômes d'anxiété et de dépression. Ces résultats procurent donc une compréhension plus approfondie de la relation entre la désorganisation à l'enfance et les symptômes d'anxiété et de dépression futurs.

Nos résultats suggèrent également que les enfants ayant un attachement désorganisé présentent une estime de soi plus faible que leurs pairs 8 ans plus tard. Ces résultats renforcent l'importance de promouvoir la sécurité d'attachement compte tenu des conséquences négatives que la désorganisation, entre autre, peut avoir sur la perception de soi. Ces résultats supportent l'idée avancée par Bowlby (1980) que lorsque les représentations de la figure d'attachement reflètent un parent sensible et réceptif, l'enfant a tendance à maintenir un modèle de soi comme étant compétent et ayant de la valeur. À l'inverse, des représentations négatives du donneur de soin peuvent mener à une vision de soi négative et rendre l'enfant vulnérable aux problèmes intérieurs. Il est connu que l'estime de soi se définit de manière plus précise à l'aube de l'adolescence dû aux capacités cognitives plus développées pour mieux considérer les perceptions d'autrui, et ainsi nuancer ses propres perceptions de soi (Robins & Trzesniewski, 2005). La relation avec le donneur de soins forgera ces perceptions qui seront consolidées vers la préadolescence. Ces résultats suggèrent que la qualité de la relation parent-enfant durant l'enfance a un impact sur la perception que l'enfant a de lui-même à travers un modèle qui est intériorisé dès le plus jeune âge. Ces résultats sont importants pour les cliniciens travaillant auprès des jeunes adolescents aux prises avec une faible estime de soi pour mieux comprendre l'étiologie de cette problématique. Il serait donc bénéfique d'inclure cette composante dans les programmes de prévention auprès des familles, sachant que la qualité de la relation parent-enfant sera possiblement associée aux perceptions de soi de l'enfant dans les années futures.

Les résultats de cette première étude suggèrent que l'estime de soi agit comme médiateur partiel dans l'association entre la désorganisation à 3 ans et les symptômes de dépression à 11 ans. Il est premièrement intéressant de constater que l'estime de soi explique en partie cette association longitudinale, et que cette variable contribue aux efforts d'identification de variables étant impliquées dans ces associations (Brumariu & Kerns, 2010). Cette étude va au-delà de la seule étude existante ayant utilisé l'estime de soi comme variable médiatrice dans l'association entre l'attachement et la dépression (Kenny, Moilanen, Lomax, & Brabeck, 1993). Cette étude portait uniquement sur la dépression, et les mesures étaient concomitantes. Les résultats procurent une compréhension approfondie de l'association entre l'attachement et les symptômes de dépression futurs en suggérant que l'attachement désorganisé à l'âge préscolaire est lié aux symptômes de dépression à la préadolescence, directement, et indirectement par le biais de l'estime de soi.

Contrairement à notre hypothèse de départ, le modèle de médiation portant sur l'explication des symptômes d'anxiété s'est avéré non-significatif. Ceci indique qu'une faible estime de soi n'est pas impliquée dans l'association entre la désorganisation et l'anxiété, mais que la désorganisation et l'estime de soi sont respectivement associées aux symptômes d'anxiété. Il est impossible de comparer ce résultat à d'autres études, puisqu'à notre connaissance, aucune autre étude n'a testé ce modèle. Dans ce sens, il serait intéressant de pouvoir répliquer ce modèle avec un échantillon plus grand afin de voir si le même résultat serait obtenu. Autrement, il est possible que l'estime de soi, à travers la désorganisation, ne soit pas impliquée dans le développement de symptômes d'anxiété. L'explication avancée est qu'il est possible que la désorganisation et l'estime de soi soient liées à différentes dimensions de l'anxiété. Par exemple, la peur et l'inquiétude associée aux situations stressantes qui déclenchent l'anxiété peuvent être associées à la désorganisation vue l'incapacité du donneur de soin à réconforter l'enfant, ce qui l'empêche de développer des capacités de régulation adéquates pour faire face aux situations potentiellement anxiogènes. Dans le même sens, il est possible que la composante d'évitement présente dans l'anxiété soit davantage liée à l'estime de soi, compte tenu que l'enfant se perçoit comme n'ayant pas les compétences et les capacités nécessaires pour faire face à la situation. Donc, au lieu d'y faire face il préfère l'éviter. Il s'agit évidemment d'hypothèses qui devraient être vérifiées lors de recherches futures.

En général, les résultats de la première étude confirment nos hypothèses voulant que l'attachement désorganisé à l'âge préscolaire soit associé au développement de symptômes d'anxiété et de dépression à la préadolescence, ainsi qu'à une faible estime de soi. L'hypothèse selon laquelle l'estime de soi agirait en tant que médiateur du lien entre la désorganisation et les symptômes de troubles intérieurs a été partiellement confirmée dans le cas de la dépression, et infirmée en ce qui a trait à l'anxiété. Les résultats témoignent de l'importance d'étudier l'anxiété et la dépression séparément, tel qu'il a été suggéré par Brumariu et Kerns (2010) dans leur revue de la littérature. Ces deux troubles sont trop souvent mesurés sous le même concept de troubles intérieurs, alors que visiblement, leur association aux autres variables ne semble pas être la même. Afin de poursuivre notre compréhension de l'association longitudinale entre l'attachement pendant l'enfance et les problèmes de comportements futurs, ainsi que l'identification d'autres variables impliquées, le but de la seconde étude était d'investiguer la relation entre l'attachement pendant l'enfance et les symptômes de troubles extériorisés en début d'adolescence. Des variables médiatrices sont aussi examinées afin de potentiellement examiner leur implication dans ces associations.

#### 4.3 Revue des résultats de l'article 2

Les résultats de cette deuxième étude vont au-delà des recherches existantes sur l'attachement et les problèmes extériorisés en révélant que l'attachement désorganisé, et plus particulièrement de type contrôlant-punitif en début d'âge scolaire, est associé au développement de symptômes extériorisés 8 ans plus tard. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné les conséquences de différents sous-types de désorganisation au-delà de l'enfance (Dubois-Comtois, Moss, Cyr, & Pascuzzo, 2013; Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004; O'Connor, Bureau, McCartney, & Lyons-Ruth, 2011). Également, ces résultats contribuent de manière importante à la littérature en identifiant certaines variables étant impliquées dans ces associations. Très peu d'études se sont attardées aux variables pouvant expliquer le lien entre la désorganisation et les symptômes de troubles extériorisés futurs (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010). De plus, les résultats de la deuxième étude supportent ceux obtenus dans la première étude en confirmant que les enfants ayant un attachement désorganisé durant l'enfance sont à risque de développer des problèmes de

comportements, soit de nature intériorisés ou extériorisés. La taille d'échantillon de la deuxième étude permet en plus d'identifier les sous-types de désorganisation posant le plus grand risque pour les problèmes futurs. Ces résultats confirment une fois de plus que les expériences d'attachement précoces jouent un rôle important dans le développement de problèmes de comportements du jeune, qui a acquis au fil du temps des stratégies de régulation émotionnelle et comportementale possiblement inadéquates pour faire face aux situations stressantes (Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012).

Nos résultats, qui suggèrent que l'attachement désorganisé/contrôlant-punitif à 5 ans est associé aux symptômes de troubles extériorisés à 13 ans, sont en lien avec les résultats d'études antérieures ayant identifié que les enfants ayant un attachement contrôlant-punitif sont les plus à risque de développer des problèmes extériorisés (Bureau et al., 2009; Dubois-Comtois et al., 2013; Moss et al., 2004; Teti, 1999). Il a été démontré que ces enfants utilisent des stratégies coercitives afin d'obtenir l'attention du parent. Les interactions au sein de la dyade sont donc souvent teintées d'hostilité et même parfois d'abus (Moss et al., 2004). Lorsque des situations potentiellement stressantes se présentent, il est possible que ces stratégies se reflètent dans la façon dont l'enfant gèrera la situation, c'est-à-dire parfois avec hostilité, agressivité ou en s'opposant. Il est intéressant de souligner que les mères ont rapporté moins de symptômes extériorisés chez l'enfant que l'adolescent lui-même, et à un niveau statistique non-significatif. Visiblement, il semble que les mères et les adolescents ont une perspective divergente en ce qui concerne les comportements extériorisés. Il est possible que cette différence de perspective soit influencée par l'état d'esprit de la mère, ou par la qualité des interactions mère-enfant. Si cette dernière se sent parfois impuissante et a tendance à assumer difficilement le rôle du parent dans la relation, il est possible que sa perception de l'enfant ne soit pas tout à fait juste. Dans ce sens, l'impuissance maternelle et le renversement de rôle à l'intérieur de la relation ont été examinés afin de déterminer leur implication dans l'association entre un attachement contrôlant-punitif à 5 ans et les symptômes extériorisés en début d'adolescence. En somme, les résultats des deux études soulignent l'importance de favoriser une relation d'attachement sécurisante entre le parent et l'enfant afin d'agir comme facteur de protection face au développement de symptômes intériorisés et extériorisés à la préadolescence et à l'adolescence, en plus de protéger contre des facteurs individuels et parentaux aggravants.



Les résultats soulignent également que les enfants ayant un attachement contrôlant-punitif à 5 ans ont des mères qui rapportent davantage de sentiments d'impuissance maternelle comparativement à leurs pairs. Ces sentiments d'impuissance sont également liés aux symptômes extériorisés concomitants chez le jeune adolescent. À notre connaissance, cette étude est la première à suggérer que les enfants ayant développé un attachement de type punitif avec leur mère à 5 ans ont, 8 ans plus tard, une mère qui affirme se sentir impuissante face à l'enfant. L'attachement contrôlant-punitif est généralement développé afin d'assumer le rôle du parent dans une relation où la mère est souvent incapable d'assumer ce rôle. Le contrôle punitif est donc une forme de renversement de rôle dans lequel le parent a cédé sa capacité de sécuriser et encadrer son enfant. Il a été démontré empiriquement que face à un parent absent, parfois négligeant, ou possiblement hostile, l'enfant utilise les ressources qui sont à sa disposition pour diriger la relation et le parent (Cassidy & Marvin, 1992). Il semble donc que cette impuissance maternelle qui est évoquée 8 ans plus tard par la mère est une caractéristique relativement stable, ce qui accentue l'importance de l'intervention précoce auprès des dyades parent-enfant. Cette impuissance maternelle est également liée aux symptômes extériorisés de façon concomitante, donc à 13 ans. Ce résultat renforce l'idée selon laquelle la surveillance de l'enfant (*monitoring*) est particulièrement importante à l'adolescence. La surveillance réfère à plusieurs comportements parentaux qui impliquent de connaître les va-et-vient de l'enfant, ses activités, son adaptation à différentes situations ainsi qu'à l'établissement de limites (Dishion & McMahon, 1998). Chez les mères se sentant impuissantes face aux comportements de l'enfant, des lacunes sont observées en ce qui a trait à cette surveillance, ce qui s'avère critique pour le développement de comportements extériorisés.

En ce qui concerne les interactions précoces caractérisées par le renversement de rôle, les résultats suggèrent que les enfants ayant un attachement désorganisé ont généralement des interactions avec la mère où les rôles sont inversés, mais aucune différence significative n'a été trouvée concernant les sous-types de désorganisation. Il était attendu que les enfants ayant un attachement contrôlant-attentionné ou punitif soient similaires en terme de renversement de rôle, mais que les enfants présentant de la désorganisation comportementale démontrent significativement moins de signes d'inversion des rôles avec le parent comparativement à leurs pairs ayant un attachement contrôlant. En regardant les moyennes des scores, les enfants ayant un attachement contrôlant-punitif démontrent davantage de renversement de rôle dans leurs



interactions, mais cette différence n'est pas significative statistiquement. Deux hypothèses sont possibles. Il se peut que la mesure ne soit pas suffisamment sensible pour détecter les différences entre les trois groupes de désorganisation, ou bien qu'au moment de la codification des interactions, le codeur ait identifié à tort des signes de renversement de rôle chez les enfants présentant de la désorganisation comportementale, alors qu'il s'agissait plutôt de comportements atypiques ou contradictoires. Donc, les enfants ayant un attachement désorganisé semblent avoir des interactions avec la mère où les rôles sont inversés, mais il ne fût pas possible de détecter une différence significative entre les trois groupes.

Afin de mieux comprendre la complexité du lien significatif entre l'attachement contrôlant-punitif en début d'âge scolaire et les symptômes de troubles extériorisés en début d'adolescence, l'effet médiateur des interactions caractérisées par le renversement de rôle et de l'impuissance maternelle a été examiné à l'aide d'une analyse des chemins permettant d'inclure les deux médiateurs au sein d'un même modèle. Les résultats obtenus suggèrent que le renversement de rôle explique en partie la relation entre l'attachement contrôlant-punitif et les symptômes extériorisés. L'effet de l'attachement sur les problèmes extériorisés futurs serait donc en partie indirect. Les interactions mère-enfant au sein de ces dyades sont caractérisées par le renversement de rôle, c'est-à-dire que l'enfant prend le contrôle des interactions et de la relation. Ce renversement de rôle est également lié aux symptômes extériorisés futurs. Pour le bon fonctionnement de l'enfant, il est généralement attendu du parent que celui-ci reconnaisse et encourage une hiérarchie naturelle dans la relation parent-enfant, où l'adulte dirige la relation. Dans le cas contraire, il a été démontré empiriquement que ceci devient préjudiciable pour le développement de problèmes de comportements futurs, particulièrement de nature extériorisée (Dishion & McMahon, 1998). Les résultats de l'étude sont les premiers à suggérer que le renversement de rôle qui caractérise la relation parent-enfant explique en partie le lien entre l'attachement contrôlant-punitif et les symptômes extériorisés 8 ans plus tard. Afin de poursuivre dans les processus explicatif, l'effet médiateur de l'impuissance maternelle a été examiné dans le même modèle. Cette variable, s'apparentant au renversement de rôle à 5 ans, est mesurée à 13 ans. Même lorsque l'effet du renversement de rôle 8 ans plus tôt est entré dans le modèle, les résultats suggèrent que l'impuissance maternelle explique en partie la relation entre l'attachement contrôlant-punitif et les symptômes extériorisés. Il semble donc que ces mères, tôt dans l'enfance, éprouvaient de la difficulté à assumer leur rôle de parent et, 8 ans

plus tard, rapportent se sentir impuissantes face aux comportements de leur enfant. Il en résulte que la mère se sent possiblement incapable de surveiller adéquatement son enfant, posant ainsi un risque pour les problèmes de comportement. Ces résultats confirment donc que le renversement de contrôle et l'impuissance maternelle s'avère nuisibles pour le développement de l'enfant et expliquent en partie le lien entre l'attachement contrôlant-punitif et les symptômes extériorisés. Les résultats de ces deux études confirment la nécessité d'établir des modèles théoriques identifiant des variables, soit individuelles ou parentales, impliquées dans l'association entre l'attachement désorganisé et les problèmes de comportement de façon longitudinale (Brumariu & Kerns, 2010; Fearon et al., 2010).

#### 4.4 Limites de l'étude et recherches futures

Certaines limites de l'étude doivent être mentionnées. Premièrement, dans les deux études, l'attachement mère-enfant a été mesuré entre 3 et 5 ans, mais aucune mesure n'est disponible à la préadolescence et en début d'adolescence. Il est donc impossible de regarder l'attachement à ces périodes. Il se pourrait que l'attachement de l'enfant ait changé à travers les années, et que son style d'attachement entre 13 et 15 ans ait une incidence sur les problèmes de comportements. Bien que la question de recherche porte sur l'influence longitudinale de l'attachement, il aurait tout de même été intéressant d'utiliser l'attachement à la préadolescence/adolescence comme variable contrôle. Malheureusement, une telle mesure était inexistante dans notre banque de données.

En deuxième lieu, il aurait été intéressant d'avoir accès à un échantillon plus à risque pour les deux études. En représentant une population normative, il est évident que les scores révélant les problèmes de comportements suggèrent qu'il s'agit de symptômes plutôt que de scores cliniques. Ces comportements peuvent donc être symptomatiques, ou encore potentiellement faire partie des expériences «normales» de l'adolescence, en pointant toutefois un groupe de jeune qui semblent plus à risque. Malgré le fait qu'il s'agit de symptômes, certains de ces enfants peuvent développer davantage de problèmes au fil du temps, alors que d'autres non. Ceci met en lumière l'importance de considérer les symptômes, même s'il ne s'agit pas de scores cliniques. Également, une plus grande diversité de scores, autant en ce qui a trait aux problèmes intériorisés qu'extériorisés, aurait probablement pu être obtenue avec une

population plus à risque. Du point de vue de l'attachement, ce type de population aurait possiblement contenu davantage d'enfants ayant un attachement désorganisé, ce qui aurait probablement augmenté la puissance statistique des résultats. Toutefois, le fait d'obtenir de tels résultats avec une population normative est intéressant en soi.

Troisièmement, la petite taille d'échantillon de la première étude fait en sorte qu'il fût impossible d'examiner les sous-types d'attachement désorganisé comme il a été le cas dans la deuxième étude. Sachant que les enfants ayant un attachement contrôlant sont à risque de développer des troubles intériorisés à l'enfance (Dubois-Comtois et al., 2013), il aurait été intéressant de pouvoir répliquer ou infirmer ces résultats à la préadolescence. D'autres recherches devraient donc examiner les sous-types de désorganisation en lien avec les problèmes intériorisés au-delà de l'enfance.

En quatrième lieu, l'importance de la relation père-enfant n'est pas à négliger dans l'adaptation de l'enfant, considérant aussi que 61% des enfants de notre échantillon vivent avec les deux parents. Malheureusement, cette mesure n'était pas disponible dans notre base de données. Il est connu que bien qu'il existe des différences quant à la façon dont les mères et les pères gèrent le jeu plus physique avec un enfant d'âge préscolaire, le fait de porter attention aux signaux émotionnels de l'enfant, de répondre en synchronie aux besoins de l'enfant et être sensible sont des facteurs très importants pour promouvoir une sécurité d'attachement, peu importe le sexe du parent (Bureau et al., 2014). Bien qu'aucune étude n'ait regardé directement l'influence de l'attachement père-enfant sur la désorganisation de l'enfant, il est possible de croire qu'un attachement sécurisant avec le père atténuerait les effets d'un attachement désorganisé avec la mère. À l'inverse, il est probable qu'un attachement désorganisé avec les deux parents soit nuisible pour l'enfant. Évidemment, un facteur important à considérer est le temps passé avec chacun des parents. Même si l'attachement au père est sécurisant, mais que l'enfant passe très peu de temps avec lui, il est peu probable que cela fasse une grande différence dans l'adaptation de l'enfant. Il aurait été intéressant également de mesurer l'impact des relations de l'enfant avec d'autres adultes significatifs, ou même avec la fratrie. Il est connu qu'une relation positive avec un adulte significatif, par exemple un enseignant, peut, même à l'adolescence, agir comme facteur de protection contre l'adversité (Resnick et al., 1998).

Finalement, la médiation testée dans la première étude et l'analyse des chemins dans la deuxième étude ont tous révélés des médiations partielles. L'estime de soi ainsi que le renversement de rôle et l'impuissance maternelle expliquent en partie le lien entre l'attachement désorganisé/contrôlant-punitif et les problèmes d'adaptation futurs, mais ceci suggère que d'autres variables mériteraient une attention particulière. Ces résultats n'excluent donc pas que d'autres variables, telles que le réseau social, le statut socio-économique, les événements de vie et les relations avec les pairs, puissent agir à titre de médiateur de la relation entre l'attachement et les symptômes intériorisés et extériorisés futurs. Il est connu qu'un niveau socio-économique faible a une influence préjudiciable sur les capacités parentales et sur le bien-être de l'enfant. Il a été démontré empiriquement que les parents vivant des difficultés financières sont généralement plus stressés, et répondent à l'enfant de manière moins optimale, c'est-à-dire en adoptant des patrons de communications peu efficaces, en surveillant moins l'enfant et en étant de façon générale moins sensibles aux besoins affectifs de l'enfant (Bradley, Corwyn, McAdoo, & Garcia-Coll, 2001). Un faible revenu, un réseau social pauvre, c'est-à-dire où le parent reçoit peu de support matériel et émotionnel de quiconque, et des événements de vie stressants tels qu'une hospitalisation, un décès, ou encore un divorce, sont susceptibles d'affecter le fonctionnement psychologique du parent, menant dans bien des cas à des conduites parentales altérées (Cummings & Davies, 1994). Également, il est connu que les relations avec les pairs, particulièrement en début d'adolescence, ont une influence sur le comportement de l'enfant. Plus particulièrement, un jeune plus vulnérable qui bénéficie de moins de supervision parentale a tendance à s'associer à des pairs déviants, ce qui a bien souvent pour effet d'amplifier les problèmes de comportement (Dishion, Nelson, & Bullock, 2004). Ces possibilités mériteraient donc d'être examinées dans le cadre de recherches futures. Compte tenu qu'il s'agit d'un devis longitudinal, plusieurs aspects de la vie du jeune sont susceptibles de changer au fil des années, pour le meilleur ou pour le pire. Dans ce sens, les variables mentionnées plus haut auraient pu intervenir entre les différents temps de mesure pour expliquer les résultats obtenus. Une attention particulière devrait être portée à cet égard lors de recherches futures.

Il existe un lien dynamique entre les variables à l'étude mesurées à travers le temps, et à cela s'ajoute les variables présentées plus haut pouvant agir à titre de processus intermédiaires pouvant potentiellement expliquer les liens obtenus. Les variables à l'étude s'inscrivent donc



à l'intérieur d'un modèle développemental plus large. Il est connu qu'un environnement plus à risque, par exemple une famille à faible revenu, une mère monoparentale, un niveau de scolarité maternel peu élevé, a une influence sur la relation mère-enfant. Ces contraintes environnementales sont susceptibles d'engendrer un stress chez la mère, ce qui aura des répercussions sur la qualité de la relation avec l'enfant (Capaldi, DeGarmo, Patterson, & Forgatch, 2002). Ces interactions plus négatives, hostiles ou parfois même impuissantes sont connues comme ayant une influence sur le développement de l'enfant, sur sa perception de soi, et sur le développement de problèmes subséquents. Cet enfant venant d'un milieu déjà plus vulnérable, combiné à des interactions mère-enfant peu optimales, aura des chances de commencer l'école en présentant des difficultés de régulation émotionnelle, en étant inhibé, ou encore agressif (Eisenberg et al., 2000 ; Zahn-Waxler et al., 1996). Au fur et à mesure que les relations avec les pairs gagnent en importance, l'enfant est plus sujet à être rejeté ou moins aimé de ses pairs, compte tenu de ses caractéristiques comportementales plus difficiles. Ce sentiment de rejet est susceptible de provoquer une évaluation de soi encore plus négative (Tangney, Miller, Flicker, & Barlow, 1996). L'échec scolaire est une autre conséquence potentielle d'un enfant présentant certaines difficultés comportementales, que ce soit de nature intériorisée ou extériorisée. Les difficultés académiques, combinées aux difficultés sociales, peuvent renforcer le sentiment de faible estime de soi et mener aux symptômes intériorisés et extériorisés (Izard & Harris, 1995). Après avoir subi du rejet par les pairs, l'enfant est susceptible de s'allier à des pairs déviants, qui comme lui, présentent des difficultés académiques et comportementales. L'échec scolaire et l'affiliation à des pairs déviants peut amplifier les interactions négatives avec le parent à la maison. Les interactions étant difficiles, la mère peut ensuite acquiescer plus facilement aux demandes d'autonomie de l'enfant et aura moins tendance à le surveiller, ce qui est crucial pour contrôler la délinquance ou d'autres problématiques, telles que la consommation de drogue (Granic & Patterson, 2006). Donc, les variables à l'étude dans ce projet, ainsi que d'autres variables environnementales présentées plus haut, sont susceptibles de placer l'enfant sur une trajectoire développementale à risque.



#### 4.5 Conclusion et implications cliniques des résultats

Les résultats de cette thèse ont permis de contribuer à la littérature existante en identifiant les associations entre l'attachement de l'enfant et les difficultés d'adaptation à la préadolescence et à l'adolescence, en utilisant un devis longitudinal s'échelonnant sur 8 ans. L'utilisation de ce devis a permis d'investiguer des modèles de médiation permettant une meilleure compréhension des variables impliquées dans l'association entre l'attachement et le développement de problèmes de comportements. Ces modèles permettent de dresser un portrait plus précis de la nature des associations, suggérant que l'estime de soi, le renversement de rôle et l'impuissance maternelle ont des implications importantes dans l'adaptation de l'individu.

La présente recherche longitudinale a permis d'élargir nos connaissances sur l'attachement mère-enfant et les problèmes de comportements. Les enfants ayant un attachement désorganisé, et de type contrôlant-punitif dans le cas de la seconde étude, sont plus à risque que leurs pairs de développer des symptômes d'anxiété et de dépression, ainsi que des symptômes de troubles extériorisés. Il est à noter que dans la deuxième étude, les mères ont rapporté moins de symptômes extériorisés chez l'enfant que l'adolescent lui-même, et à un niveau statistique non-significatif. Les mères et leurs adolescents semblent avoir une perception divergente quant à l'évaluation des symptômes. Il est connu que les différents informateurs, que ce soit le parent ou le jeune, ne s'entendent pas nécessairement sur la présence, la nature et la gravité des problèmes de comportement. Dans ce sens, une revue de littérature sur le sujet a démontré que les corrélations entre les répondants étaient plus élevées lorsque les enfants étaient plus jeunes, c'est-à-dire avant l'adolescence. Les auteurs ont interprétés ces résultats en suggérant que les comportements des enfants plus jeunes sont possiblement plus faciles à observer par la mère, ou encore le comportement lui-même est peut-être plus constant à travers les situations (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; De Los Rayes & Kazdin, 2005). Comparativement aux enfants, les adolescents passent généralement moins de temps avec la mère et s'engagent plus souvent dans des activités qui ont lieu à l'extérieur de la maison avec le groupe de pairs, ce qui pourrait possiblement expliquer la divergence entre les rapports (De Los Rayes & Kazdin, 2005). La possibilité que les adolescents eux-mêmes aient exagéré l'ampleur de leurs comportements ne doit pas non plus être écartée. Ces résultats devraient inciter les professionnels de la santé qui travaillent auprès

des jeunes à porter une attention particulière aux perceptions et émotions de l'enfant face à ses symptômes, en plus de considérer la perception du parent. Le rapport de l'enseignant pourrait également être recueilli afin d'obtenir une perspective encore plus complète de la problématique.

Les liens observés entre l'attachement désorganisé/contrôlant-punitif et les problèmes de comportements peuvent avoir des implications cliniques importantes. En termes de prévention, ces résultats soulignent la nécessité d'intervenir rapidement auprès des dyades mère-enfant qui semblent, dès le plus jeune âge de l'enfant, démontrer certaines difficultés relationnelles. Par exemple, le programme d'intervention relationnelle en attachement a fait ses preuves comme programme de prévention et d'intervention précoce (Moss et al., 2011). Le programme vise à aider le parent dans sa capacité à répondre aux besoins de l'enfant de manière sensible et appropriée. À l'adolescence, les mères et leurs enfants pourraient bénéficier, par exemple, du programme Connect (Moretti & Obsuth, 2009), qui vise à renforcer les capacités parentales en établissant une balance entre l'empathie et la sensibilité, sans toutefois abandonner le rôle de parent. Ce programme s'adresse également aux enseignants afin de les outiller à répondre adéquatement aux comportements problématiques dans la salle de classe, et également à comprendre les difficultés relationnelles ou environnementales qui sous-tendent potentiellement ces manifestations comportementales. Ces deux programmes favorisent une sensibilité accrue du donneur de soins envers l'enfant, tout en étant appropriés pour les groupes d'âge respectifs. L'effet de médiation partielle de l'estime de soi indique qu'en plus de travailler auprès de la dyade, il serait important de s'attarder à l'enfant afin de travailler sur ses perceptions de lui-même en lien avec l'estime de soi. La médiation partielle des interactions caractérisées par le renversement de rôle, ainsi que l'impuissance maternelle, suggèrent également d'inclure une composante préventive individuelle axée sur l'état d'esprit de la mère lié à l'attachement. Ces dimensions individuelles pourraient s'ajouter aux programmes mentionnés plus haut. Ces efforts de prévention et d'intervention pourraient avoir des effets bénéfiques sur l'adaptation de l'enfant et ainsi prévenir les problèmes d'adaptation ultérieurs.

Concernant les pistes de recherche futures, il serait intéressant d'obtenir d'autres mesures d'attachement entre la période préscolaire et l'adolescence, afin de mesurer si les patrons d'attachement demeurent stables ou non à travers le temps, et ainsi pouvoir vérifier si

cela a une incidence sur le développement de problèmes de comportements. Également, il serait intéressant de regarder d'autres facteurs tels que les conditions socio-économiques, le réseau social, et les événements de vie qui peuvent affecter la qualité de la relation mère-enfant et l'adaptation ultérieure. La vérification du lien entre la qualité de l'attachement père-enfant et les problèmes de comportements futurs contribuerait également à l'élargissement de la perspective familiale de la théorie de l'attachement. Finalement, considérant l'importance grandissante des pairs en début d'adolescence, cette variable mériterait une attention toute particulière dans l'explication des problèmes de comportement.

APPENDICE A

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

A.1. Formulaire de consentement à 3 ans.....	96
A.2. Formulaire de consentement à 5 ans.....	98
A.3. Formulaire de consentement à 11 ans.....	100
A.4. Formulaire de consentement à 13 ans.....	103

A.1

Formulaire de consentement à 3 ans



### Formulaire de consentement

1. Par la présente nous consentons à participer à la recherche sur les milieux de vie de l'enfant, recherche qui comporte deux volets : 1) réponse aux questionnaires; 2) visite à l'école de Psycho-éducation.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
No. de téléphone

Je suis disponible pour la visite à l'école la semaine \_\_\_\_  
la fin de semaine \_\_\_\_

2. Nous avons besoin de renseignements supplémentaires.

\_\_\_\_\_  
Nom

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

3. Nous ne voulons pas participer au projet.

\_\_\_\_\_  
Signature

N.B. S.V.P Retournez le formulaire à la garderie quel que soit votre choix.

Merci beaucoup!

A.2

Formulaire de consentement à 5 ans

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Par la présente nous consentons à participer à la recherche du Dr. Ellen Moss sur le développement des enfants dans leurs milieux de vie.

-----  
Signature du parent

-----  
Date

Je déclare être au courant que certains épisodes de la visite à l'Université seront filmés et que ce film ne sera utilisé que pour des fins de recherche et d'enseignement seulement.

-----  
Signature du parent

-----  
Date

A.3

Formulaire de consentement à 11 ans

**Projet de recherche sur les différents milieux de vie de l'enfant**

Projet financé par le Fonds de recherche sur la Société et la Culture du Gouvernement  
du Québec

Sous la direction de Mme Ellen Moss, Ph. D. Université du Québec à Montréal

**Formulaire de consentement**

Ce formulaire vise à recueillir votre consentement à participer, vous et votre enfant, à la quatrième partie de cette recherche dont les objectifs consistent à observer le développement et l'adaptation des enfants dans leurs différents milieux de vie.

La participation à cette étude consiste pour vous et votre enfant à compléter à l'Université du Québec à Montréal, des questionnaires concernant les relations parents-enfants de même que les relations avec autrui de même qu'une entrevue. Certains épisodes de cette rencontre d'environ 120 minutes seront filmés. Un dédommagement de 55\$ vous sera remis pour assurer vos frais de déplacement.

La participation à cette étude consiste pour le père à compléter à la maison, des questionnaires concernant les relations parents-enfants de même que les relations avec autrui d'une durée moyenne de 60 minutes.

Suivant votre participation et celle de votre enfant, nous solliciterons également l'enseignant de votre enfant afin qu'il complète un questionnaire qui porte sur l'adaptation de l'enfant à son milieu scolaire.

Soyez assurée que toute information concernant l'identité des participants demeure confidentielle. Afin de protéger l'anonymat des participants, les noms des parents ainsi que des enfants prenant part à l'étude seront remplacés par des numéros d'identification. Les informations recueillies dans le cadre de ce projet pourront être utilisées à des fins de recherche et d'enseignement ainsi certains extraits vidéos pourraient être visionnés en classe. Toutes les données seront conservées pendant 10 ans.

Il est important de spécifier que votre participation est strictement volontaire et qu'en tout temps vous êtes en mesure de retirer votre participation au programme.



Toute question sur le projet, critique ou plainte peut être adressée à la chercheuse principale, Mme Ellen Moss dont les coordonnées apparaissent au bas de ce document. Par contre, toute plainte non résolue avec la chercheuse principale peut être adressée au Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM : Service de la recherche et de la création, C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8; téléphone 987-3000 poste 7753.

L'équipe de recherche s'engage à vous transmettre un résumé global des résultats de cette quatrième partie de la recherche.

Je déclare avoir pris connaissance des différents aspects liés à ma participation et celle de mon enfant à cette recherche et d'en avoir discuté avec mon enfant. Nous acceptons tous deux d'y participer. De plus, je confirme avoir obtenu un exemplaire du formulaire de consentement.

---

Signature du parent

---

Date

---

Ellen Moss, Ph.D.  
Département de Psychologie  
Université du Québec à Montréal  
C.P. 8888, Succ Centre-Ville  
Montréal (Québec)  
H3C 3P8  
Tél. : 987-3000 poste 8525

A.4

Formulaire de consentement à 13 ans

**Projet de recherche sur les différents milieux de vie de l'enfant**

Projet financé par le Fonds de recherche sur la Société et la Culture du Gouvernement  
du Québec

Sous la direction de Mme Ellen Moss, Ph. D. Université du Québec à Montréal

**Formulaire de consentement**

Ce formulaire vise à recueillir votre consentement à participer, vous et votre adolescent, à la cinquième partie de cette recherche dont les objectifs consistent à observer le développement et l'adaptation des enfants dans leurs différents milieux de vie.

La participation à cette étude consiste pour vous et votre enfant à compléter à l'Université du Québec à Montréal, des questionnaires concernant les relations parents-adolescents de même que les relations avec autrui de même qu'une entrevue. Certains épisodes de cette rencontre d'environ 120 minutes seront filmés. Un dédommagement de 55\$ vous sera remis pour assurer vos frais de déplacement.

Suivant votre participation et celle de votre adolescent, nous solliciterons également l'enseignant de votre enfant afin qu'il complète un questionnaire qui porte sur l'adaptation de l'enfant à son milieu scolaire.

Soyez assurée que toute information concernant l'identité des participants demeure confidentielle. Afin de protéger l'anonymat des participants, les noms des parents ainsi que des enfants prenant part à l'étude seront remplacés par des numéros d'identification. Les informations recueillies dans le cadre de ce projet pourront être utilisées à des fins de recherche et d'enseignement. Toutes les données seront conservées pendant 10 ans. Il est important de spécifier que votre participation est strictement volontaire et qu'en tout temps vous êtes en mesure de retirer votre participation au programme.

Toute question sur le projet, critique ou plainte peut être adressée à la chercheure principale, Mme Ellen Moss dont les coordonnées apparaissent au bas de ce document. Par contre, toute plainte non résolue avec la chercheure principale peut être adressée au Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM : Service de la recherche et de la création, C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8; téléphone 987-3000 poste 7753.

Je déclare avoir pris connaissance des différents aspects liés à ma participation et celle de mon enfant à cette recherche et d'en avoir discuté avec mon enfant. Nous acceptons tous deux d'y participer. De plus, je confirme avoir obtenu un exemplaire du formulaire de consentement.

---

Signature du parent

---

Date

---

Signature de l'adolescent

---

Date

---

Ellen Moss, Ph.D.  
Département de Psychologie  
Université du Québec à Montréal  
C.P. 8888, Succ Centre-Ville  
Montréal (Québec)  
H3C 3P8  
Tél. : 987-3000 poste 8525

## APPENDICE B

### INSTRUMENTS

B.1. Grille d'interaction parent-enfant (structure de rôle) .....	107
B.2. Self-Perception Profile for Children (Harter) .....	110
B.3. Child Behavior Checklist (CBCL adolescent et mère) .....	118
B.4. Caregiving Helplessness Questionnaire (Relation Parent-Enfant 45) .....	123
B.5. Questionnaire Socio-Démographique.....	127



B.1

Grille d'interaction parent-enfant (structure de rôle)

## RÔLE APPROPRIÉ

1. COMPORTEMENT DE RENVERSEMENT DE RÔLE	2.	3.	4. CONTRÔLE FONCTIONNEL	5. PARFOIS AUTHENTIQUE	6.	7. AUTHENTIQUE
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Enfant utilise la peur, l'humiliation comme agents de contrôle</li> <li>* Enfant punitif et/ou hostile à l'égard de son parent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Laissé-faire de la part du parent lors de l'opposition active de l'enfant</li> <li>* L'enfant est au même niveau que la mère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Début de laissé-faire de la part du parent lors de l'opposition passive de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Patron rigide ou manque un peu de structure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Quelquefois flexible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Flexible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Parent offre des choix</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adulte n'assume pas son rôle :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- soumis</li> <li>- dénigre ses propres positions</li> <li>- ne fournit pas d'aide ni d'explications</li> <li>- Se centre sur ses propres besoins</li> </ul> </li> <li>* Enfant n'assume pas son rôle :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- contrôle plus la situation que l'adulte</li> <li>- coercitif ou manipulateur</li> <li>- dirige l'adulte</li> <li>- trop grand intérêt, demande ou aide porté à l'adulte</li> <li>- répond aux besoins</li> </ul> </li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adulte assume quelquefois son rôle de parent               <ul style="list-style-type: none"> <li>* L'enfant est capable de retourner à son rôle après l'intervention du parent</li> <li>* Quelques preuves de contrôle de la part de l'enfant et de soumission de la part de la mère</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adulte assume son rôle quelquefois :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- capable de mettre des limites</li> <li>- aidant et informatif</li> <li>- récompense les comportements désirés</li> <li>- respecte les besoins de l'enfant (incluant autonomie ou proximité)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adulte assume son rôle :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- capable de mettre des limites</li> <li>- aidant et informatif</li> <li>- récompense les comportements désirés</li> <li>- respecte les besoins de l'enfant (incluant autonomie ou proximité)</li> </ul> </li> <li>* Pas de renversement de rôle :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adulte assume son rôle de façon à promouvoir autant son épanouissement que celui de son enfant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- capable de mettre des limites</li> <li>- aidant et informatif</li> <li>- récompense les comportements désirés</li> <li>- respecte les besoins de l'enfant (incluant autonomie ou proximité)</li> </ul> </li> <li>* Pas de renversement de rôle :</li> </ul>

d'approbation ou d'attention de l'adulte				<p>* Pas de renversement de rôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- enfant parle quelquefois de ses propres expériences</li> <li>- enfant se sent quelquefois libre de demander de l'aide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- enfant parle de ses propres expériences</li> <li>- enfant libre de demander de l'aide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- enfant parle souvent de ses propres expériences</li> <li>- enfant est libre de demander de l'aide aussi souvent qu'il en a besoin</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adulte perd le contrôle</li> <li>* Adulte impuissant devant l'enfant</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adulte utilise la parole comme régulateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adulte partage parfois le contrôle avec son enfant lorsque approprié</li> <li>* Adulte se corrige et s'ajuste quelquefois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adulte se corrige et s'ajuste correctement, de façon appropriée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Parent adapté au niveau développemental de l'enfant (Zone Proximale de Développement)</li> <li>* Parent utilise les occasions appropriées pour promouvoir le développement socio-émotionnel et cognitif de son enfant</li> </ul>

B.2

Self-Perception Profile for Children (Harter)

## HARTER

Dans ce questionnaire, on décrit plusieurs enfants. Nous aimerions savoir à quel type d'enfant tu trouves que tu ressembles le plus. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce n'est pas un test. Ce qui compte pour nous, c'est que tu répondes ce que tu **penses** vraiment.

**Consignes :** Pour répondre à ces questions, tu dois d'abord décider à quel enfant tu ressembles le plus entre les deux choix qui te sont proposés. Ensuite, tu te demandes si l'enfant que tu as choisi est **tout à fait** comme toi ou **un peu** comme toi.

S'il est **un peu** comme toi, tu fais un «X» dans le petit carré.

S'il est **tout à fait** comme toi, tu fais un «X» dans le grand carré.

N'oublie pas, tu réponds ce que tu **penses** vraiment.

<div> <div>TOUT À FAIT</div> <div>comme moi</div> </div> <div> <input type="checkbox"/> </div>	<div> <div>UN PEU</div> <div>comme moi</div> </div> <div> <input type="checkbox"/> </div>	<div> <div>TOUT À FAIT</div> <div>comme moi</div> </div> <div> <input type="checkbox"/> </div>
<div> <div>Certains enfants préfèrent jouer à l'extérieur dans leur temps libre.</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div>		<div> <div>D'autres enfants préfèrent plutôt regarder la télévision.</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div>



	TOUT À FAIT comme moi		UN PEU comme moi		UN PEU comme moi	TOUT À FAIT comme moi
--	-----------------------------	--	------------------------	--	---------------------------	--------------------------------

1.

☐

Certains enfants pensent qu'ils sont très bons en classe.

☐

MAIS D'autres enfants se demandent s'ils sont capables de faire leurs travaux de classe.

☐

2.

☐

Certains enfants trouvent difficile de se faire des ami(e)s.

☐

MAIS D'autres enfants trouvent très facile de se faire des ami(e)s.

☐

3.

☐

Certains enfants, souvent, n'aiment pas leur façon de se comporter.

☐

MAIS D'autres enfants aiment habituellement leur façon de se comporter.

☐

4.

☐

Certains enfants se mettent souvent en colère contre eux-mêmes.

☐

MAIS D'autres enfants sont assez contents d'eux-mêmes.

☐

5.

☐

Certains enfants trouvent qu'ils sont aussi intelligents que les autres enfants de leur âge.

☐

MAIS D'autres enfants n'en sont pas si sûrs et se demandent s'ils sont aussi intelligents.

☐

	TOUT À FAIT comme moi		UN PEU comme moi	TOUT À FAIT comme moi
--	-----------------------------	--	------------------------	--------------------------------

- |     |                          |   |      |   |                          |                          |
|-----|--------------------------|---|------|---|--------------------------|--------------------------|
| 6.  | <input type="checkbox"/> | Certains enfants ont beaucoup d'ami(e)s.                            | MAIS | D'autres enfants n'ont pas beaucoup d'ami(e)s.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | <input type="checkbox"/> | Certains enfants font habituellement les choses correctement.       | MAIS | D'autres enfants ne font pas souvent les choses correctement.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | <input type="checkbox"/> | Certains enfants n'aiment pas la vie qu'ils mènent.                 | MAIS | D'autres enfants aiment la vie qu'ils mènent.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | <input type="checkbox"/> | Certains enfants sont très lents à finir leurs travaux d'école.     | MAIS | D'autres enfants peuvent faire leurs travaux d'école rapidement.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | <input type="checkbox"/> | Certains enfants sont un peu plus difficiles à aimer.               | MAIS | D'autres enfants sont vraiment faciles à aimer.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | <input type="checkbox"/> | Certains enfants se conduisent habituellement comme ils se doivent. | MAIS | D'autres enfants ne se conduisent pas souvent comme ils se doivent. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	TOUT À FAIT comme moi		UN PEU comme moi	TOUT À FAIT comme moi
12.	<input type="checkbox"/>	Certains enfants sont la plupart du temps contents d'eux-mêmes.	<input type="checkbox"/>	MAIS D'autres enfants sont souvent mécontents d'eux-mêmes. <input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	Certains enfants oublient souvent ce qu'ils apprennent.	<input type="checkbox"/>	MAIS D'autres enfants se rappellent facilement les choses qu'ils ont apprises. <input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>	Certains enfants font toujours des activités avec beaucoup d'autres enfants.	<input type="checkbox"/>	MAIS D'autres enfants font habituellement des activités seuls ou par eux-mêmes. <input type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>	Certains enfants ont habituellement des problèmes à cause des choses qu'ils font.	<input type="checkbox"/>	MAIS D'autres enfants ne font habituellement pas des choses qui leur causent des problèmes. <input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	Certains enfants aiment le genre de personne qu'ils sont.	<input type="checkbox"/>	MAIS D'autres enfants aimeraient être quelqu'un d'autre. <input type="checkbox"/>

	TOUT À FAIT comme moi	UN PEU comme moi		UN PEU comme moi	TOUT À FAIT comme moi
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants réussissent très bien leurs travaux d'école.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MAIS D'autres enfants ne font pas très bien leurs travaux d'école.		
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants voudraient être aimés par plus d'enfants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MAIS D'autres enfants pensent que la plupart des enfants les aiment.		
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants font des choses qu'ils savent qu'ils ne devraient pas faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MAIS D'autres enfants font rarement des choses qu'ils savent qu'ils ne devraient pas faire.		
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants sont très heureux d'être comme ils sont.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MAIS D'autres enfants voudraient être différents.		
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants ont de la difficulté à trouver les réponses à l'école.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MAIS D'autres enfants peuvent presque toujours trouver les réponses.		

	TOUT À FAIT comme moi	UN PEU comme moi		UN PEU comme moi	TOUT À FAIT comme moi
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants sont populaires auprès des autres enfants de leur âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MAIS D'autres enfants ne sont pas très populaires.		
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants sont habituellement gentils envers les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MAIS D'autres enfants aimeraient être plus gentils envers les autres.		
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains enfants ne sont pas très heureux de la façon dont ils font plusieurs choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MAIS D'autres enfants pensent que la façon dont ils font les choses est correcte.		

Merci beaucoup d'avoir complété nos questionnaires!



B.3

Child Behavior Checklist (CBCL adolescent et mère)

Tu trouveras ci-dessous une liste d'items qui décrivent les jeunes. Pour chacun des items qui te décrivent aujourd'hui ou dans les derniers 6 mois, s'il-te-plaît encercle le chiffre 2 si l'item est très vrai ou souvent vrai pour toi. Encercle le chiffre 1 si l'item est quelque peu ou quelques fois vraies pour toi. Si l'item n'est pas vrai pour toi, encercle le 0.

0 = Pas vrai			1 = quelque peu ou quelques fois vrai			2 = Très vrai ou souvent vrai		
0	1	2	1. Je me comporte d'une façon trop jeune pour mon âge	0	1	2	32. Je sens que je dois être parfait(e).	
0	1	2	2. J'ai une allergie (décrire) : _____	0	1	2	33. Je sens que personne ne m'aime.	
0	1	2	3. Je conteste, discute beaucoup.	0	1	2	34. Je sens que les autres me cherchent.	
0	1	2	32. Je sens que je dois être parfait(e).	0	1	2	35. Je me sens sans valeur ou inférieur(e).	
0	1	2	4. Je fais de l'asthme.	0	1	2	36. Il m'arrive souvent de me faire mal accidentellement.	
0	1	2	5. Je me comporte comme le sexe opposé.	0	1	2	37. Je suis souvent impliqué(e) dans des bagarres.	
0	1	2	6. J'aime les animaux	0	1	2	38. Je me fais souvent taquiner.	
0	1	2	7. Je me vante.	0	1	2	39. Je me tiens avec des jeunes qui s'attirent des ennuis.	
0	1	2	8. J'ai de la difficulté à me concentrer et à porter attention.	0	1	2	40. J'entends des sons ou des voix que d'autres pensent ne pas entendre (décrire) : _____	
0	1	2	9. Je ne peux arrêter de penser à certaines choses (décrire) : _____					
0	1	2	10. Je de la difficulté à rester assis tranquille.	0	1	2	41. J'agis sans m'arrêter pour réfléchir.	
0	1	2	11. Je suis trop dépendant(e) des adultes.	0	1	2	42. Je préfère être seul(e) qu'avec d'autres.	
0	1	2	12. Je me sens seul(e).	0	1	2	43. Je mens ou triche.	
0	1	2	13. Je me sens confus(e) ou dans un brouillard.	0	1	2	44. Je ronge mes ongles.	
0	1	2	14. Je pleure beaucoup.	0	1	2	45. Je suis nerveux(se) ou tendu(e).	
0	1	2	15. Je suis assez honnête.	0	1	2	46. J'ai des tics ou des mouvements nerveux (décrire) : _____	
0	1	2	16. Je suis méchant(e) envers les autres.					
0	1	2	17. Je rêve beaucoup.	0	1	2	47. J'ai des cauchemars.	
0	1	2	18. J'essaie délibérément de me faire du mal ou de me tuer.	0	1	2	48. Je ne suis pas aimé(e) des autres jeunes.	
0	1	2	19. J'essaie d'attirer beaucoup d'attention.	0	1	2	49. Je peux faire certaines choses mieux que la plupart des autres jeunes.	
0	1	2	20. Je détruis mes propres choses.	0	1	2	50. Je suis trop peureux(se) ou anxieux(se).	
0	1	2	21. Je détruis des choses appartenant à d'autres.	0	1	2	51. Je me sens étourdi(e).	
0	1	2	22. Je désobéis à mes parents.	0	1	2	52. Je me sens trop coupable.	
0	1	2	23. Je désobéis à l'école.	0	1	2	53. Je mange trop.	
0	1	2	24. Je ne mange pas aussi bien que je le devrais.	0	1	2	54. Je me sens trop fatigué(e).	
0	1	2	25. Je ne m'entends pas bien avec d'autres jeunes.	0	1	2	55. Je suis trop gros(se).	
0	1	2	26. Je ne me sens pas coupable après avoir fait quelque chose que je n'aurais pas dû.				56. Problèmes physiques sans cause médicale connue :	
0	1	2	27. Je suis jaloux des autres.	0	1	2	a. Maux ou douleurs (exclure maux de tête)	
0	1	2	28. Je suis prêt(e) à aider les autres lorsqu'ils en ont besoin.	0	1	2	b. Maux de tête	
0	1	2	29. J'ai peur de certains animaux, de situations ou d'endroits, autres que l'école (décrire) : _____	0	1	2	c. Nausée, sentir malade	
				0	1	2	d. Problèmes aux yeux (décrire) : _____	
0	1	2	30. J'ai peur d'aller à l'école.	0	1	2	e. Éruptions cutanées ou autres problèmes de peau	
0	1	2	31. J'ai peur de penser ou de faire quelque chose de mal.	0	1	2	f. Maux de ventre ou crampes	
				0	1	2	g. Vomissements	

0 1 2 h. Autres (décrire) : \_\_\_\_\_

0 1 2 57. J'attaque physiquement des gens.

0 1 2 58. Je gratte ma peau ou d'autres parties de mon corps (décrire) : \_\_\_\_\_

0 1 2 59. Je peux être assez amical(e).

0 1 2 60. J'aime essayer de nouvelles choses.

0 1 2 61. Mon travail scolaire est faible.

0 1 2 62. Je suis peu coordonné ou maladroit.

0 1 2 63. Je préfère être avec des jeunes plus vieux que mon âge.

0 1 2 64. Je préfère être avec des gens plus jeunes que moi.

0 1 2 65. Je refuse de parler.

0 1 2 66. Je répète certains gestes encore et encore (décrire) : \_\_\_\_\_

0 1 2 67. Je m'enfuis de chez moi.

0 1 2 68. Je crie beaucoup.

0 1 2 69. Je suis renfermé(e) et garde les choses pour moi.

0 1 2 70. Je vois des choses que d'autres pensent ne pas voir (décrire) : \_\_\_\_\_

0 1 2 71. Je suis gêné(e) ou facilement embarrassé(e).

0 1 2 72. Je provoque des feux.

0 1 2 73. Je peux bien travailler avec mes mains.

0 1 2 74. Je fais le clown.

0 1 2 75. Je suis timide.

0 1 2 76. Je dors moins que la plupart des jeunes.

0 1 2 77. Je dors plus que la plupart des jeunes durant le jour et/ou la nuit (décrire) : \_\_\_\_\_

0 1 2 78. J'ai une bonne imagination.

0 1 2 79. J'ai un trouble du langage (décrire) : \_\_\_\_\_

0 1 2 80. Je défends mes droits.

0 1 2 81. Je vole à la maison.

0 1 2 82. Je vole ailleurs que chez moi.

0 1 2 83. J'accumule des choses dont je n'ai pas besoin : \_\_\_\_\_

0 1 2 84. Je fais des choses que d'autres

trouvent étranges (décrire) : \_\_\_\_\_

0 1 2 85. J'ai des pensées que d'autres

pourraient trouver étranges (décrire) : \_\_\_\_\_

0 1 2 86. Je suis entêté(e).

0 1 2 87. Mes humeurs ou sentiments changent subitement.

0 1 2 88. J'aime être avec d'autres personnes.

0 1 2 89. Je suis soupçonneux(se), méfiant(e).

0 1 2 90. Je sacre ou utilise un langage obscène.

0 1 2 91. Je pense à me tuer.

0 1 2 92. J'aime faire rire les autres.

0 1 2 93. Je parle trop.

0 1 2 94. Je taquine beaucoup les autres.

0 1 2 95. Je m'emporte facilement.

0 1 2 96. Je pense trop au sexe.

0 1 2 97. Je menace de faire du mal aux autres.

0 1 2 98. J'aime aider les autres.

0 1 2 99. Je suis trop préoccupé(e) d'être soigné(e) ou propre.

0 1 2 100. J'ai de la difficulté à dormir (décrire) : \_\_\_\_\_

0 1 2 101. Je sèche mes cours ou fais l'école buissonnière.

0 1 2 102. Je n'ai pas beaucoup d'énergie.

0 1 2 103. Je suis malheureux(se), triste ou déprimé(e).

0 1 2 104. Je suis plus bruyant(e) que d'autres jeunes.

0 1 2 105. Je consomme de l'alcool ou des drogues pour des raisons non médicales (décrire) : \_\_\_\_\_

0 1 2 106. J'essaie d'être juste envers les autres.

0 1 2 107. J'apprécie une bonne blague.

0 1 2 108. J'essaie de prendre la vie du bon côté.

0 1 2 109. J'essaie d'aider les autres quand je le peux.

0 1 2 110. J'aimerais être du sexe opposé.

0 1 2 111. J'évite de m'impliquer avec les autres.

0 1 2 112. Je me fais beaucoup de soucis.

S'il-te-plaît, écris toute autre chose pouvant décrire tes sentiments, comportements ou intérêts.

## QUESTIONNAIRE DES COMPORTEMENTS DES ADOLESCENTS

Voici une liste des items qui décrivent les adolescents. Pour chaque item qui décrit votre adolescent actuellement ou depuis les 6 derniers mois:

- ☐ encerclez le **2**, si l'item est **TOUJOURS** ou **SOUVENT** vrai pour votre adolescent(e)  
☐ encerclez le **1**, si l'item est **ASSEZ** ou **QUELQUES FOIS** vrai pour votre adolescent(e)  
☐ encerclez le **0**, si l'item **N'EST PAS** vrai pour votre adolescent(e)

Répondez à TOUS les items du meilleur de votre connaissance, même si quelques uns d'entre-eux ne semblent pas s'appliquer à votre adolescent.

1. Fait plus jeune que son âge.	0	1	2	25. Ne s'entend pas bien avec les autres enfants.	0	1	2
2. A des allergies. Décrivez :	0	1	2	26. Ne se sent pas coupable après un mauvais comportement.	0	1	2
3. Argumente beaucoup.	0	1	2	27. Est facilement jaloux.	0	1	2
4. A de l'asthme.	0	1	2	28. Mange ou boit des choses autres que de la nourriture – ne pas inclure les friandises. Décrivez :	0	1	2
5. Se comporte comme un enfant du sexe opposé.	0	1	2	29. A peur de certains animaux, situations ou lieux autres que l'école. Décrivez :	0	1	2
6. Défèque (fait caca) ailleurs que dans les toilettes.	0	1	2	30. A peur d'aller à l'école.	0	1	2
7. Se vante ou exagère.	0	1	2	31. A peur de penser ou de faire quelque chose de mal.	0	1	2
8. Ne peut se concentrer, ou garder son attention.	0	1	2	32. Sent le besoin d'être parfait.	0	1	2
9. Ne peut s'empêcher d'avoir certaines pensées, certaines obsessions. Décrivez :	0	1	2	33. Ressent ou se plaint que personne ne l'aime.	0	1	2
10. Ne peut rester assis ou au repos, hyperactif.	0	1	2	34. Pense que les autres cherchent à lui nuire ou à lui faire mal.	0	1	2
11. Se colle avec l'adulte ou est trop dépendant.	0	1	2	35. Se sent sans valeur ou inférieur.	0	1	2
12. Se plaint de la solitude.	0	1	2	36. Se blesse souvent, est enclin à avoir des accidents.	0	1	2
13. Est confus ou semble dans la lune.	0	1	2	37. Se bataille souvent.	0	1	2
14. Pleure beaucoup.	0	1	2	38. Se fait taquiner.	0	1	2
15. Est cruel envers les animaux.	0	1	2	39. Se tient avec les enfants qui font du trouble.	0	1	2
16. Est cruel, brutal ou mesquin envers les autres.	0	1	2	40. Entend des sons ou des voix qui ne sont pas là. Décrivez :	0	1	2
17. Est rêveur ou perdu dans ses pensées.	0	1	2	41. Agit sans penser, impulsif.	0	1	2
18. Se mutilé délibérément ou a déjà fait des tentatives de suicides.	0	1	2	42. Aime être seul.	0	1	2
19. Demande beaucoup d'attention.	0	1	2	43. Ment ou triche.	0	1	2
20. Détruit ses propres choses.	0	1	2	44. Ronge ses ongles.	0	1	2
21. Détruit des choses qui appartiennent à sa famille ou aux autres enfants.	0	1	2	45. Est nerveux, anxieux ou tendu.	0	1	2
22. Est désobéissant à la maison.	0	1	2				
23. Est désobéissant à l'école.	0	1	2				
24. Ne mange pas bien.	0	1	2				



- ☐ encerclez le **2**, si l'item est **TOUJOURS** ou **SOUVENT** vrai pour votre adolescent(e)
- ☐ encerclez le **1**, si l'item est **ASSEZ** ou **QUELQUES FOIS** vrai pour votre adolescent(e)
- ☐ encerclez le **0**, si l'item **N'EST PAS** vrai pour votre adolescent(e)

46. A des mouvements nerveux ou des tics. Décrivez :	0	1	2	70. Voit des choses qui ne sont pas là réellement. Décrivez:	0	1	2
47. Fait des cauchemars.	0	1	2	71. Est facilement embarrassé, gêné.	0	1	2
48. N'est pas aimé des autres enfants.	0	1	2	72. Met le feu.	0	1	2
49. Est constipé, ne va pas à la selle.	0	1	2	73. A des problèmes sexuels. Décrivez:	0	1	2
50. Est peureux ou anxieux.	0	1	2	74. Fait le bouffon.	0	1	2
51. A le vertige, des étourdissements.	0	1	2	75. Est réservé, timide.	0	1	2
52. Se sent souvent coupable.	0	1	2	76. Dort moins que la plupart des enfants.	0	1	2
53. Mange trop.	0	1	2	77. Dort plus que la plupart des enfants durant le jour ou la nuit.	0	1	2
54. Est toujours fatigué.	0	1	2	78. Se salit ou joue avec ses selles.	0	1	2
55. Est trop gros.	0	1	2	79. A des problèmes de langage. Décrivez:	0	1	2
56. A des problèmes physiques sans causes médicales connues :	0	1	2	80. Regarde dans le vide.	0	1	2
a. Douleurs ou malaises	0	1	2	81. Vole à la maison.	0	1	2
b. Maux de tête	0	1	2	82. Vole à l'extérieur de la maison.	0	1	2
c. Nausées, maux de cœur	0	1	2	83. Accumule des choses dont il n'a pas besoin. Décrivez:	0	1	2
d. Problèmes avec les yeux. Décrivez :	0	1	2	84. A des comportements étranges. Décrivez:	0	1	2
e. Éruptions ou problèmes de peau	0	1	2	85. A des idées étranges. Décrivez:	0	1	2
f. Maux d'estomac ou crampes	0	1	2	86. Est entêté, taciturne, irritable.	0	1	2
g. vomissements	0	1	2	87. Change d'humeur ou de sentiments subitement.	0	1	2
h. autre. Décrivez :	0	1	2	88. Boude souvent.	0	1	2
57. Agresse physiquement les gens.	0	1	2	89. Est méfiant, susceptible.	0	1	2
58. Joue dans son nez, avec sa peau ou autres parties de son corps. Décrivez :	0	1	2	90. A un langage ordurier ou obscène.	0	1	2
59. Joue avec ses organes génitaux en public.	0	1	2	91. Parle de se tuer.	0	1	2
60. Joue avec ses organes génitaux fréquemment.	0	1	2	92. Parle ou marche en dormant. Décrivez:	0	1	2
61. Travaille mal à l'école.	0	1	2	93. Parle beaucoup trop.	0	1	2
62. Est maladroit ou a une pauvre coordination.	0	1	2	94. Taquine souvent.	0	1	2
63. Préfère jouer avec des enfants plus vieux.	0	1	2	95. Fait des crises de colère.	0	1	2
64. Préfère jouer avec des enfants plus jeunes.	0	1	2	96. Pense aux choses sexuelles.	0	1	2
65. Refuse de parler.	0	1	2				
66. Répète certains actes (gestes) à maintes reprises, compulsions. Décrivez :	0	1	2				
67. Fait des fugues.	0	1	2				
68. Crie beaucoup.	0	1	2				
69. Est peu communicatif.	0	1	2				



- ☐ encerclez le **2**, si l'item est **TOUJOURS** ou **SOUVENT** vrai pour votre adolescent(e)
- ☐ encerclez le **1**, si l'item est **ASSEZ** ou **QUELQUES FOIS** vrai pour votre adolescent(e)
- ☐ encerclez le **0**, si l'item **N'EST PAS** vrai pour votre adolescent(e)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 97. Menace les gens.  | 0 | 1 | 2 |
| 98. Suce son pouce ou son doigt.                              | 0 | 1 | 2 |
| 99. S'inquiète trop au sujet de l'ordre<br>ou de la propreté. | 0 | 1 | 2 |
| 100. A des troubles du sommeil.<br>Décrivez:                  | 0 | 1 | 2 |

- 
- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 101. Manque l'école sans raison.   | 0 | 1 | 2 |
| 102. Est inactif, manque d'énergie.  | 0 | 1 | 2 |
| 103. Est malheureux, triste, déprimé.                                      | 0 | 1 | 2 |
| 104. Est particulièrement bruyant.   | 0 | 1 | 2 |
| 105. Utilise des drogues ou de l'alcool<br>sans raison médicale. Décrivez: | 0 | 1 | 2 |

- 
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 106. Fait du vandalisme.  | 0 | 1 | 2 |
| 107. Se mouille durant le jour.   | 0 | 1 | 2 |
| 108. Mouille son lit.   | 0 | 1 | 2 |
| 109. Pleurniche.  | 0 | 1 | 2 |
| 110. Désirerait être du sexe opposé.  | 0 | 1 | 2 |
| 111. Est retiré, ne s'implique pas avec<br>les autres.  | 0 | 1 | 2 |
| 112. Est inquiet, anxieux.  | 0 | 1 | 2 |
| 113. Écrivez tout autre problème<br>qu'aurait votre adolescent et qui<br>n'a pas été énuméré ici: | 0 | 1 | 2 |

---



---



---



---



---

B.4

Caregiving Helplessness Questionnaire (Relation Parent-Enfant 45)

## Relation Parent-Enfant 45

Cette série de questions explore le sentiment d'être parent et, plus spécifiquement, comment vous vous sentez quand vous et votre enfant êtes ensemble. Les énoncés suivants décrivent ce que certains parents ressentent face à leur relation avec leur enfant. Certaines affirmations s'appliqueront à votre situation et d'autres pas. Lisez attentivement chaque énoncé et encerclez le numéro qui représente le mieux votre relation avec votre enfant.

	1	2	3	4	5
	PAS DU TOUT CARACTÉRISTIQUE		MOYENNEMENT CARACTÉRISTIQUE		TRÈS CARACTÉRISTIQUE
1. Quand je suis avec mon enfant, je me sens <u>souvent</u> hors de contrôle.	1	2	3	4	5
2. Mon enfant fait des choses dangereuses et apeurantes.	1	2	3	4	5
3. Mon enfant est bon pour veiller sur les autres et en prendre soin.	1	2	3	4	5
4. J'ai peur de mon enfant.	1	2	3	4	5
5. Mon enfant me frappe, me donne des coups de pied ou me mord.	1	2	3	4	5
6. J'ai l'impression que mon enfant est <u>vraiment</u> plus avancé que les autres enfants de son âge.	1	2	3	4	5
7. J'ai <u>souvent</u> l'impression que je ne peux rien faire pour discipliner mon enfant.	1	2	3	4	5
8. Mon enfant s'assure qu'il(elle) est la personne en charge.	1	2	3	4	5
9. Mon enfant sait comment mettre les autres personnes à l'aise.	1	2	3	4	5
10. Quand je suis avec mon enfant, j'ai <u>souvent</u> l'impression que mon enfant est hors de contrôle.	1	2	3	4	5
11. Je compte <u>souvent</u> sur mon enfant pour me donner des explications sur le monde.	1	2	3	4	5
12. J'ai l'impression que mon enfant est un(e) bon(ne) acteur(trice).	1	2	3	4	5

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. Mon enfant est très sensible aux sentiments et aux besoins des autres.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. J'ai l'impression d'avoir échoué en tant que mère/père.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Mon enfant aime être le clown ou le comique de la famille.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. J'ai l'impression de punir mon enfant plus sévèrement que je devrais.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Mon enfant devient si à l'envers ou en détresse qu'il(elle) ne peut être calmé(e)                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Mon enfant panique quand il(elle) est séparé(e) de moi.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. <u>Parfois</u> , mon enfant se comporte comme s'il (si elle) avait peur de moi.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Avec mon enfant, j'aime faire des choses qui le(la) rendent heureux(se).  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. J'ai confiance en mes moyens pour prendre soin de mon enfant.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Mon enfant me traite d'une façon grossière ou sarcastique.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Je crois pouvoir protéger mon enfant si une urgence survient.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Mon enfant fait <u>souvent</u> des crises de colère sans raison apparente.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Je me fais <u>souvent</u> du souci pour la sécurité de mon enfant quand il(elle) est loin de moi.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Mon enfant tente <u>toujours</u> de faire rire les autres.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. J'ai <u>rarement</u> l'impression d'être contrôlé(e) par d'autres personnes.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Je suis capable de réfléchir clairement sur ma vie et de lui donner un sens.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. J'ai l'impression que ma situation a besoin de changement, mais que je suis impuissant(e) à faire quoi que ce soit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. J'ai l'impression que je suis à blâmer pour mes problèmes.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Je me décrirais comme une personne en qui on peut avoir confiance.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 32. J'ai <u>souvent</u> peur sans raison apparente.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. J'ai l'impression que mon enfant est à blâmer pour mes problèmes.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. J'ai <u>rarement</u> l'impression que je vais perdre la tête.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. J'ai l'impression que ma vie est chaotique et hors de contrôle.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Je comprend comment mon enfant se sent parce que je suis <u>exactement</u> comme lui(elle). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Je ne deviens <u>jamais</u> violemment en colère et je ne perd jamais le contrôle.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Je m'ennuie <u>rarement</u> quand je suis avec mon enfant.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Je suis heureux (se) comme je suis.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Je me sens <u>rarement</u> coupable de mes actions.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Je peux <u>facilement</u> dire ce que je pense aux autres.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Je deviens <u>facilement</u> frustrée.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Je parle <u>souvent</u> de mon enfant aux autres.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. J'ai l'impression que mon enfant est comme moi.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Mon enfant me manque quand il(elle) est au loin pour une période de temps.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(George, C. & Coulson, W., 1995)



B.5

Questionnaire Socio-Démographique

Famille # \_\_\_\_\_

### **A. Renseignements généraux**

Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations générales sur votre famille telles que votre état civil, vos antécédents scolaires, vos occupations, votre situation économique ainsi que votre état de santé. Il est possible que pour ce questionnaire **uniquement** qu'il vous soit nécessaire de demander quelques informations à votre conjoint.

N.B. TOUS LES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS NOUS FOURNISSEZ SONT CONFIDENTIELS ET NE SONT UTILISÉS QU'À DES FINS DE RECHERCHE.

### **SECTION 1 : IDENTIFICATION PERSONNELLE**

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE : \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE : \_\_\_\_\_

ADRESSE (familiale): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

NO DE TÉLÉPHONE : MAISON \_\_\_\_\_ TRAVAIL (père) : \_\_\_\_\_

TRAVAIL (mère): \_\_\_\_\_

QUARTIER RÉSIDENTIEL (St-Henri, Ahuntsic, St-Michel,...) \_\_\_\_\_

NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE 2 PERSONNES QUE NOUS POURRIONS APPELER POUR ENTRER EN CONTACT AVEC VOUS SI VOUS DÉMÉNAGIEZ ET QUE NOUS ÉTIIONS INCAPABLES DE VOUS REJOINDRE :

1) Nom et prénom : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

2) Nom et prénom : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

Date à laquelle vous remplissez le questionnaire : \_\_\_\_\_

## **SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA FAMILLE**

### **ENFANTS ET AUTRES PERSONNES VIVANT À LA MAISON**

(Incluant vous-même et l'enfant qui participe à cette recherche)

Pour chacune des personnes, spécifiez son lien de parenté avec l'enfant qui participe à cette recherche.

LIEN DE PARENTÉ

SEXE

DATE DE NAISSANCE

Mère

Père

Enfant qui participe

RÉSIDENCE  
FAMILIALE

Nombre de pièces de votre résidence : \_\_\_\_\_

Êtes-vous propriétaire \_\_\_\_\_ ou locataire \_\_\_\_\_ de cette résidence ?

Depuis combien de temps habitez-vous à cette adresse : \_\_\_\_\_

Combien de fois avez-vous déménagé dans les 5 dernières années : \_\_\_\_\_

ÉTAT CIVIL

Marié(e) : \_\_\_\_\_ Union de fait: \_\_\_\_\_ Remarié(e): \_\_\_\_\_

Divorcé(e) : \_\_\_\_\_ Séparé(e) : \_\_\_\_\_ Veuf(ve) : \_\_\_\_\_ Célibataire : \_\_\_\_\_

Précisions ou commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **SECTION 3 : SCOLARITÉ**

ENCERCLEZ LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉDUCATION GÉNÉRALE TERMINÉE  
:

MÈRE

Primaire 1 2 3 4 5 6

Secondaire 1 2 3 4 5 6

Collégial 1 2 3

Universitaire 1 2 3

Dernier diplôme obtenu \_\_\_\_\_

PÈRE

Primaire 1 2 3 4 5 6

Secondaire 1 2 3 4 5 6

Collégial 1 2 3

Universitaire 1 2 3

Dernier diplôme obtenu \_\_\_\_\_

### **SECTION 4 : OCCUPATION**

INDIQUEZ LE PLUS PRÉCISÉMENT POSSIBLE VOTRE OCCUPATION  
PRINCIPALE:

(ex.: étudiant dans un programme d'études collégiales, bénéficiaire de l'aide sociale,  
directeur du département des achats chez Métro, chômeur, réceptionniste chez un  
concessionnaire automobile, propriétaire d'une quincaillerie,...) :

MÈRE: \_\_\_\_\_

NBRE:DE JOURS/SEMAINE \_\_\_\_\_

PÈRE: \_\_\_\_\_

NBRE DE JOURS/SEMAINE: \_\_\_\_\_

INDIQUEZ LES OCCUPATIONS SECONDAIRES, S'IL Y A LIEU

(2e emploi, bénévolat, loisirs,...)

MÈRE: \_\_\_\_\_

NBRE DE JOURS/SEMAINE: \_\_\_\_\_

PÈRE : \_\_\_\_\_

NBRE DE JOURS/SEMAINE: \_\_\_\_\_

### **SECTION 5 : REVENU FAMILIAL**

INDIQUEZ VOTRE REVENU ANNUEL FAMILIAL BRUT:

Moins de 10 000 _____	40 000 - 49 999 _____
10 000 – 19 999 _____	50 000 – 74 999 _____
20 000 – 29 999 _____	75 000 – 99 999 _____
30 000 – 39 999 _____	100 000 et plus _____

### **SECTION 6 : SANTÉ GÉNÉRALE**

a) Souffrez-vous d'un handicap (infirmité, paralysie,...) ?

	OUI	NON
Mère	_____	_____
Père	_____	_____
Enfant	_____	_____
Fratric	_____	_____

Si oui, précisez-en la nature : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Souffrez-vous de maladie chronique ?

	OUI	NON
Mère	_____	_____
Père	_____	_____
Enfant	_____	_____
Fratric	_____	_____

Si oui, précisez-en la nature : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



RÉFÉRENCES  
(Introduction et Conclusion Générale)

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/ adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ayotte, V., Fournier, M., & Riberdy, H. (2009). *La détresse psychologique des enfants et des adolescents montréalais...l'expression de différentes réalités?*, Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais. Rapport thématique no 2, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Genetic vulnerability or differential susceptibility in child development: The case of attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1160-1173.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2011). Differential susceptibility to rearing environment depending on dopamine-related genes: New evidences and a meta-analysis. *Development and Psychopathology*, 23, 39-52.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment*. New York: Basic Books.
- Bradley, R. H., Corwyn, R. F., McAdoo, H. P., & Garcia-Coll, C. (2001). The home environments of children in the United States. Part I: Variations by age, ethnicity, and poverty status. *Child Development*, 72, 1844-1867.

- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development* (2 ed. pp. 1061-1100). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Brumariu, L. A., & Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22, 177-203.
- Bureau, J-F., Yurkowski, K., Schmiedel, S., Martin, J., Moss, E., & Pallanca, D. (2014). Making children laugh: parent-child dyadic synchrony and preschool attachment. *Infant Mental Health Journal*. DOI: 10.1002/imhj.21474.
- Capaldi, D. M., DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2002). Contextual risk across the early life span and association with antisocial behavior. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 123-145). Washington, DC: American Psychological Association.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1970-1979.
- Cassidy, J. (1995). Attachment and Generalized Anxiety Disorder. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology (Vol. 6): Emotion, cognition, and representation* (pp. 343-370). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Cassidy, J., & Marvin, R. S. (with the MacArthur Working Group on Attachment). (1992). *Attachment organization in three- and four-year-olds: Procedures and coding manual*. Unpublished manuscript, University of Virginia.
- Caspi, A., Henry, B., McGee, R. O., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to age fifteen. *Child Development*, 66, 55-68.

- Caspi, A., Lynam, D., Moffit, T.E., & Silva, P. A. (1993). Unravelling girls' delinquency: Biological, dispositional, and contextual contributions to adolescent misbehavior. *Developmental Psychology, 29*, 19-30.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 74-85.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 73-112.
- Dekovic, M. (1999). Risk and Protective Factors in the Development of Problem Behavior During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 28*, 667-685.
- DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment, theory, research and clinical applications* (2nd ed., pp. 637-666). New York: Guilford Press.
- De Los Rayes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant Discrepancies in the Assessment of Childhood Psychopathology: A Critical Review, Theoretical Framework, and Recommendations for Further Study. *Psychological Bulletin, 131*, 483-509.
- Dishion, T. J., & McMahon, R. J. (1998). Parental Monitoring and the Prevention of Child and Adolescent Problem Behavior: A Conceptual and Empirical Formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*, 61-75.
- Dishion, T. J., Nelson, S. E., & Bullock, B. M. (2004). Premature adolescent autonomy: parent disengagement and deviant peer process in the amplification of problem behaviour. *Journal of Adolescence, 27*, 515-530.
- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., & Pascuzzo, K. (2013). Behavior Problems in Middle Childhood: The Predictive Role of Maternal Distress, Child Attachment, and Mother-Child Interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*. doi: 10.1007/s10802-013-9764-6.

- Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Fabes, R. A., Shepard, S., Losoya, S., Murphy, B., et al. (2000). Prediction of elementary school children's externalizing problem behaviors from attentional and behavioral regulation and negative emotionality. *Child Development*, 71, 1367-1382.
- Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A.-M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435-456.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. (1996). Coming of Age Too Early: Pubertal Influences on Girls' Vulnerability to Psychological Distress. *Child Development*, 67, 3386-3400.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 198-216.
- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 833-856). New York, NY: Guilford Press.
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a Comprehensive Model of Antisocial Development: A Dynamic Systems Approach. *Psychological Review*, 113, 101-131.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The Significance of Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 83, 591-610.
- Gryczkowski, M. R., Jordan, S., & Mercer, S. H. (2010). Differential Relations between Mothers' and Fathers' Parenting Practices and Child Externalizing Behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 539-546.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood Mood Disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 233-278). New York: Guilford Press.

- Harter, S. (1999). *The construction of the self*. New York: Guilford Press.
- Hofstra, M., van der Ende, J., & Verhulst F. C. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14 -years follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 182-189.
- Izard, C. E., & Harris, P. (1995). Emotional development and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and methods* (pp. 467-503). New York: Wiley.
- Kenny, M. E., Moilanen, D. L., Lomax, R., & Brabeck, M. M. (1993). Contributions of parental attachments to view of self and depressive symptoms among early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 13, 408-430.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14, 1-26.
- Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. (1996). Peer Relationships and Preadolescents' Perceptions of Security in the Child-Mother Relationship. *Developmental Psychology*, 32, 457-466.
- Kerns, K. A., Tomich, P. L., & Kim, P. (2006). Normative Trends in Children's Perceptions of Availability and Utilization of Attachment Figures in Middle Childhood. *Social Development*, 15, 1-22.
- Lemery, K. S., Essex, M. J., & Smider, N. A. (2002). Revealing the Relation between Temperament and Behavior Problem Symptoms by Eliminating Measurement Confounding: Expert Ratings and Factor Analyses. *Child Development*, 73, 867-882.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized Infant Attachment Classification and Maternal Psychosocial Problems as Predictors of Hostile-Aggressive Behavior in the Preschool Classroom. *Child Development*, 64, 572-585.



- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M. A., & Cibelli, C. D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology, 33*, 681-692.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting context, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 667-697). New York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal, 25*, 318-335.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2012). Attachment and Internalizing Behavior in Early Childhood: A Meta-Analysis. *Developmental Psychology, 1*-18.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development, 8*, 89-111.
- Mesman, J., & Koot, H. M. (2000). Child-Reported Depression and Anxiety in Preadolescence: Associations with Parent- and Teacher-Reported Problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1371-1378.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). Adult Attachment and Affect Regulation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* 2<sup>nd</sup> edition (pp. 503-531). New York: Guilford Press.
- Moretti, M., & Obsuth, I. (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behavior: The Connect Program. *Journal of Adolescence, 32*, 1347-1357.

- Moss, E., Bureau, J-F., Cyr, C., Mongeau, C., & St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the preschool attachment classification system. *Developmental Psychology*, 40, 323-334.
- Moss, E., Bureau, J.-F., St-Laurent, D., & Tarabulsy, G. M. (2011). Understanding disorganized attachment at preschool and school age: Examining divergent pathways of disorganized and controlling children. In J. Solomon, & C. George (Eds.), *Disorganized Attachment and Caregiving* (pp. 52-79). New York, Guilford Press.
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J-F., Tarabulsy, G.M., & Dubois-Comtois, K., (2005). Stability of Attachment During the Preschool Period. *Developmental Psychology*, 41, 773-783.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at Early School Age and Developmental Risk: Examining Family Contexts and Behavior Problems of Controlling-Caregiving, Controlling-Punitive, and Behaviorally Disorganized Children. *Developmental Psychology*, 40, 519-532.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development*, 69, 1390-1405.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology*, 37, 863-874.
- O'Connor, E., Bureau, J-F., McCartney, K., & Lyons-Ruth, K. (2011). Risks and outcomes associated with disorganized/controlling patterns of attachment at age three years in the National Institute of Child Health & Human Development study of early child care and youth development. *Infant Mental Health Journal*, 32, 450-472.
- Orth, U., Robins, R. W., & Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 307-321.
- Piaget, J. (1972). Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.

- NICHD Early Child Care Research Network (2001). Child-care and family predictors of preschool attachment and stability from infancy. *Developmental Psychology*, 37, 847-862.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R. E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. H., & Udry, J. R. (1998). Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. In R. E. Muuss & H. D. Porton (Eds.), *Adolescent behavior and society: A book of readings* (5th ed., pp. 376-395). New York: McGraw-Hill
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-Esteem Development Across the Lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 158-162.
- Solomon, J., & George, C. (2000). Toward an integrated theory of caregiving. In J. Osofsky & H. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health* (pp. 323-368). New York, NY: Wiley.
- Solomon, J., George, C., & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-463.
- Sroufe, L. A. (1983). Infant caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposium on Child Psychology: Vol. 16. Development and policy concerning children with special needs* (pp. 41-81). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256-1269.
- Teti, D. M. (1999). Conceptualizations of disorganization in the preschool years: an integration. In J. Solomon, & C. George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp. 213-242). New York: The Guilford Press.

- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Thompson, R. A. (2008). Early Attachment and Later Development. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* 2<sup>nd</sup> edition (pp. 348-365). New York: Guilford Press.
- Thompson, R. A., & Meyer, S. (2007). The socialization of emotion regulation in the family. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 249-268). New York: Guilford Press.
- Tremblay, R. E. (2004). Decade of behavior distinguished lecture: Development of physical aggression during infancy. *Infant Mental Health Journal*, 25, 399-407.
- Tremblay, R. E. (2010). Developmental origins of disruptive behaviour problems: The original sin, hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 341-346.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-250.
- Wilkinson, R. B. (2004). The Role of Parental and Peer Attachment in the Psychological health and Self-Esteem of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 479-493.
- Zahn-Waxler, C., Schmitz, S., Fulker, D. W., Robinson, J., & Emde, R. (1996). Behavior problems in 5-year-old monozygotic and dizygotic twins: Genetic and environmental influences, patterns of regulation and internalization of control. *Development and Psychopathology*, 8, 103-122.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The Connections Between Self-Esteem and Psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41, 157-164.